http://koob.ru

Адреас Блазер, Эдгар Хайм
Христоф Рингер, Мартин Томмен

ПРОБЛЕМНО- ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Интегративный подход

Перевод с немецкого Л.С. Каганова

Andreas Blaser, Edgar Heim, Christoph Ringer, Martin Thommen
PROBLEMORIENTIERTE PSYCHOTHERAPIE
Ein integratives Konzept

Москва
Независимая фирма "Класс"

http://koob.ru

Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход / Пер. с немецкого Л.С. Каганова. - М.: Независимая фирма "Класс" (Библиотека психологии и психотерапии)

Авторы книги, известные швейцарские специалисты из клиники Бернского университета, создали концепцию психотерапии, интегрирующую элементы психоанализа, гештальт-терапии, поведенческой и телесно-ориентированной терапии.

Большое внимание в книге уделяется структурированию психотерапевтического процесса. Подробно рассматриваются различные психотерапевтические методы и возможности их сочетания как в ходе одного сеанса, так и на протяжении всего курса психотерапии.

Работа швейцарских авторов наверняка станет настольной книгой для врачей, психотерапевтов и психологов-консультантов.

ISBN 5-86375-089-8 (РФ)
ISBN 3-456-82143-3 (Germany)

© Andreas Blaser, Edgar Heim, Christoph Ringer, Martin Thommen
© Verlag Hans Huber
© Независимая фирма "Класс"
© Л.С. Каганов, перевод на русский язык
© Е.В. Безносюк, предисловие

Исключительное право публикации на русском языке принадлежит издательству “Независимая фирма “Класс”. Выпуск произведения или его фрагментов без разрешения издательства считается противоправным и преследуется по закону.

АПОЛОГИЯ ТОЧНОСТИ И ПОРЯДКА

На самый первый вопрос: что представляет собой эта книга, — сами авторы отвечают первой же фразой. Перед нами — учебник, написанный практикующими психотерапевтами для тех, кто занимается практической психотерапией. И в этом учебнике найдутся ответы почти на любые вопросы, которые могут задать врачи и медицинские психологи, почувствовавшие необходимость усовершенствовать и систематизировать свой опыт.

Это именно *такая* книга, которая, надеюсь, наконец-то принесет умиротворение отечественным психотерапевтам, попавшим в последнее десятилетие в бурный водоворот новых методик, школ, научных направлений, вызвавший сумятицу и брожение умов и чувств. Когда читаешь *это* сочинение, испытываешь настоящее удовольствие от ощущения цельности и гармоничности, стройности изложения, почти рецептурной

точности и уравновешенности структуры.

Книга написана очень “психотерапевтично”: авторы, как мудрые учителя, ведут читателя по удивительной дороге, вдоль которой открываются новые, сменяющиеся перспективы, и помогают обрести новое видение и новый опыт. И постепенно начинаешь замечать изменение собственной “когнитивной карты”: выстраивается внутреннее видение архитектуры города “Психотерапия”, его привязка к психологическому ландшафту, направление улиц, подчиненных медицинским стратегическим целям. Авторам удалось преобразовать непроходимый лес методик, приемов, подходов, переплетающихся и прорастающих неизвестно откуда, — в ботанический сад с табличками и удобными подходами для рассмотрения каждого образца; а грохочущие осыпи и завалы терминологического хаоса — в ландшафтный заповедник, где проступает система, объединяющая идея, прослеживаются закономерности и в итоге понимается смысл.

А. Блазер и его коллеги избежали искушения создать свой “язык для посвященных”. И в то же время они сумели преодолеть “смешение языков” и уберечь от падения возводимую в конце дороги “башню”, с высоты которой яркая мозаика Психотерапии складывается, наконец, в гештальт и законченный объем психосемантического пространства.

Труд, созданный авторами, озарен отсветом ученых трактатов классической эпохи, настолько он фундаментален и академичен в самом высоком значении этого понятия.

Опираясь на интегративный подход, они разработали связную и гармоничную действующую модель, объясняющую сущность психотерапевтического процесса и исходящую из принципа плюрализма методов. Здесь нет ни декоративных эклектических построений, ни рекламной экзальтации, ни скучной критики и бесплодных дискуссий об исторических корнях и преимуществах тех или иных методов, малозначимых для практического психолога.

Созданной Блазером и коллегами проблемно-ориентированной терапии присущи четыре простых и ясных признака: ориентированность на проблему, ориентированность на пациента, плюрализм методов и структурированность, а также использование методов: активизации сознания, изменения привычных схем мышления, изменения поведения, активизации переживания и выражения эмоций, релаксации, поддержки пациента.

Традиция применения краткосрочной проблемно-ориентированной терапии сложилась к 1966 году в поликлинике психотерапии Бернского университета на основе краткосрочной психодинамической психотерапии, предложенной Дэвидом Мэлэном и Джимом Мэнном. Андреас Блазер, Эдгар Хайм, Христоф Рингер и Мартин Томмен внесли вклад в развитие этой концепции, основываясь на своей первоначальной подготовке и практике в области психоаналитической, поведенческой, когнитивной, гештальтистской, телесно-ориентированной, семейной терапии и аутогенной тренировки.

Постоянная работа с самыми разными категориями пациентов (особенно из малообеспеченных и социально незащищенных слоев населения) определила некоторые специфические особенности этой формы психотерапии: краткосрочность, быструю и высокую эффективность, небольшую стоимость; а необходимость обучения большого потока специалистов наложила определенный дидактический отпечаток на стиль изложения проблемно-ориентированной психотерапии.

Наша десятилетняя практика обучения и усовершенствования врачей в области психотерапии и клинической психологии на факультете профессионального последипломного образования (в содружестве с Институтом групповой и семейной психотерапии) выявила наиболее часто встречающиеся вопросы по различным аспектам психотерапии. Среди врачей и практикующих психотерапевтов острую дискуссию вызывает вопрос, по которому в литературе существует две точки зрения: 1) медицинские показания устанавливаются в соответствии с диагнозом, ориентированным на синдромальные и нозологические категории; 2) во главу угла ставятся личностные

особенности пациента, психологические причины возникновения симптомов, внутренняя картина болезни, выделение, описание и прояснение проблемы. Авторы придерживаются второй точки зрения. Однако, следуя провозглашенному принципу плюрализма методов, приводят и диагностические категории, относящиеся к определенным проблемам.

Все это сделало настоящее издание очень интересным и полезным для обучения российских специалистов в нынешних условиях.

Е.В. Безносюк,
заведующий курсом психотерапии
и клинической психологии
Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова

ВВЕДЕНИЕ

1.1. Проблемно-ориентированная психотерапия — что это такое?

Эта книга представляет собой учебник краткосрочной психотерапии и написана практикующими психотерапевтами для тех, кто занимается психотерапией практически. Знания, полученные за последние десятилетия в ходе практической работы и научных исследований, сведены в единую цельную концепцию психотерапии.

Проблемно-ориентированную терапию (ПО-терапию) характеризуют четыре **основных признака**:

♦ ориентированность на проблему;
♦ ориентированность на пациента;
♦ плюрализм методов;
♦ структурированность.

Ориентированность на проблему: Психотерапевт совместно с пациентом выбирает главную проблему, из числа тех, с какими в данное время пациент сталкивается в жизни. Затем определяется реальная возможность ее решения за ограниченный период времени.

Ориентированность на пациента: направленность терапевтической работы определяется как пониманием проблемы пациентом и его представлением о цели психотерапии, так и соображениями психотерапевта. Теории и ценностные предпочтения терапевта отходят на задний план, а на первый выходит совместно выбранная цель.

Плюрализм методов: в рамках сугубо практического, эклектического подхода к проблемам пациента используются элементы тех методов, которые могут способствовать решению той или иной проблемы в обозримом будущем. Методы, применяемые в ПО-терапии, направленны на 1) активизацию сознания, 2) изменение схем мышления и установок, 3) решение проблем, 4) изменение поведения, 5) раскрытие чувств, 6) снятие напряжения и улучшение восприятия пациентом своего тела, 7) поддержку пациента и его последовательное изменение.

Структурированность: для достижения поставленной цели за ограниченное время (15-20 сеансов) процесс психотерапии необходимо структурировать, разделить на этапы.

Мы различаем следующие стадии психотерапии:

1. Установление отношений доверия между пациентом и психотерапевтом.
2. Изложение пациентом проблемы, включающее его "субъективную теорию болезни".
3. Анализ проблемы с учетом ее функционального значения, теперешних условий, истории жизни пациента.
4. Определение проблемы, выбор цели и планирование психотерапии.
5. Проработка проблемы и использование пациентом полученных результатов в своей реальной жизни.
6. Завершение психотерапии.

Области применения: ПО-терапия используется в первую очередь в лечении психогенных нарушений (отклонения в развитии, неврозы, психические расстройства) вне зависимости от основных симптомов этих нарушений. Мы различаем, в частности, среди пациентов людей: 1) с низкой самооценкой; 2) испытывающих нехватку энергии, скованных; 3) с проблемами в межличностных отношениях; 4) испытывающих страх и напряжение; 5) с импульсивным поведением; 6) с нарушением физического здоровья.

1.2. Обоснование и развитие концепции ПО-терапии

К настоящему времени число психотерапевтических методов колеблется по разным оценкам от 200 до 400. Мы также не избежали сомнений, приступая к поиску интегративного подхода и предлагая, что такие подходы давно уже существуют. Затем, однако, мы установили точно: интегративных подходов, использовать которые можно было бы при подготовке психотерапевтов, не существует. Как не существует и подходов, в которых гармонично, в соответствии с имеющимися сегодня знаниями, осуществлялся бы принцип плюрализма методов. Значительная часть идей, излагаемых в этой книге, была уже высказана другими авторами. Многие говорили о необходимости оптимальной структуризации психотерапии, а равноценность важнейших методов давно уже доказана научными исследованиями. Однако детально разработанной концепции, объединяющей обширные знания по вопросу интеграции методов, до сих пор нет. Мы решили взяться за решение этой задачи. Так, в начале 80-х годов наша небольшая группа приступила к разработке концепции интегрированной краткосрочной психотерапии. Мы исходили из того, что результаты нашей работы можно будет использовать в трех различных сферах.

а) *Работа в клинике.* В Поликлинике психиатрии Бернского университета, где была разработана концепция ПО-терапии, число проводимых ежегодно консультаций составляет множество тысяч. Специалисты Поликлиники считают, что их деятельность служит дополнением к деятельности значительного числа работающих в этом районе психотерапевтов (на 400 000 жителей приходится около 150 психотерапевтов с медицинским образованием и 150 с психологическим). Понятно, что Поликлиника посещается преимущественно менее обеспеченными пациентами, которые не могут быть отнесены к категории так называемых YAVIS-пациентов (YAVIS=Young Attractive Verbal Intelligent Successful= Молодых, Привлекательных, Владеющих словом, Интеллигентных, Успешных). Традиционные способы в работе с такими пациентами часто оказывались неэффективными, что мы установили с помощью проводившихся в нашей Поликлинике исследований историй болезней пациентов. Значительное число случаев преждевременного прекращения психотерапевтического лечения свидетельствовало о чрезмерных требованиях, которые предъявлялись и к проходившим в Поликлинике обучение психотерапевтам и к пациентам. Необходимы были более активные структурированные формы психотерапии. Лишь небольшая часть этих пациентов в силу своих экономических возможностей и мотивированности была готова проходить

долгосрочную психотерапию. Кроме того и в государственных Поликлиниках нельзя упускать из виду такой фактор, как стоимость психотерапии, что требует повышения эффективности психотерапевтического процесса. Этот же аргумент представляется важным, когда речь идет о подготовке психотерапевтов к практической деятельности.

Итак, первая из поставленных нами целей — разработать новую концепцию психотерапии, которая позволила бы помочь возможно большему числу пациентов (в том числе и не YAVIS-пациентам) за относительно короткое время решить свои проблемы.

б) Дидактические преимущества. В Поликлинике прием пациентов осуществляют преимущественно врачи-ассистенты и психологи, проходящие обучение. И те, и другие чаще всего не имеют большого психотерапевтического опыта. В силу не зависящих от них обстоятельств срок их работы в Поликлинике бывает ограничен двумя годами, так что серьезного психотерапевтического образования получить им не удается. Поэтому мы предлагаем свою концепцию подготовки психотерапевтов, в соответствии с которой упор делается на ознакомление молодых коллег с возможно большим числом методов. Это облегчит им выбор школы или метода, в которых они будут позже совершенствоваться. Делается это, как правило, вне Поликлиники, в одном из многочисленных психотерапевтических институтов. В Поликлинике же они знакомятся с приемами, применяемыми в ситуациях, когда требуется неотложное вмешательство и в кризисных ситуациях, а также с аутогенной тренировкой, психодинамической долгосрочной и семейной психотерапией. В некоторых случаях эти методы могут сочетаться с использованием психофармакологических средств.

Вторая стоявшая перед авторами задача заключалась в том, чтобы исходя из признанного уже сегодня принципа плюрализма методов разработать связную модель, объясняющую сущность психотерапевтического процесса. Решение этой задачи следовало осуществлять одновременно с решением задач профессиональной подготовки. Нашим сотрудникам предстояло применять элементы различных направлений психотерапии. Каких именно — зависело от интересов и подготовки каждого из них.

Если говорить об идеальной программе подготовки психотерапевтов, то мы считаем, что она должна складываться из трех фаз:

1. Изучение основ психотерапии. При этом используется такой интегрирующий подход, каким является ПО-терапия. Признается плюрализм методов, что позволяет психотерапевту действовать адекватно различным ПО-терапииребностям пациентов. На основании нашего собственного опыта, а также опыта, полученного в других центрах психотерапии, можно утверждать, что ПО-терапия лучшим образом подходит для решения задач профессионального образования молодых психотерапевтов.

2. Углубление знаний и опыта, сопровождающееся практикой при этом используются методы выбранного учащимся направления психотерапии, в котором он желает совершенствоваться.

3. Создание личностного интегративного стиля психотерапии. Здесь каждый руководствуется своим опытом и склонностями.

Мы полагаем, что опытному специалисту концепция ПО-терапии может предложить разумную и осуществляемую на практике модель непрерывного образования (обрисована в п. 3). Такой специалист получает в соответствии с основными положениями ПО-терапии возможность использовать в своей деятельности методы психотерапии, которые соответствуют его подготовке.

В результате бесед с супервизорами, которые не работали в нашей Поликлинике, но осуществляли супервизорство в отношении тех, кто проходил в ней подготовку, а также посредством бесед с психотерапевтами-контролерами мы установили, что они видят в ПО-терапии концепцию, дающую возможность начинающим психотерапевтам знакомиться с различными психотерапевтическими методами.

в) Теоретико-эвристическое обоснование. Изучение литературных источников из различных стран показывает, что за последние два десятилетия были достигнуты большие

успехи в изучении интенсивных методов психотерапии. Для тех специалистов, которые видят, в каком направлении идет развитие психотерапии, проблемы споров и разногласий между различными ее школами уже не существует. Не может быть доказано абсолютное преимущество той или иной школы, того или иного метода перед другими. Поэтому возникла потребность в тщательном изучении присущих всем этим школам факторов воздействия на пациентов. Метаанализ процесса психотерапии выявил (как и при изучении медикаментозных средств) наличие зависимости между "дозой" и эффектом, которая может быть представлена графически. После 8 сеансов психотерапии в среднем существенно улучшилось состояние примерно 50% пациентов, после 26 сеансов — 75% пациентов. На основании полученных данных различными исследователями были сделаны выводы по применению тех или иных методов в клинике и созданы учебники психотерапии. В них выделяются различные фазы психотерапии и приводятся указания по использованию психотерапевтических методов (…) это то общее, что объединяет все эти учебники.

Эти успехи породили тенденцию к созданию интегративных моделей. Многие авторы глубоко убеждены в том, что когда-нибудь полученные совместными усилиями знания позволят создать учебники психотерапии на языке, не связанном с той или иной школой психотерапии. Большая часть специалистов, занимающихся этой проблематикой, ориентируется скорее на теоретические основы клинического подхода, чем на какую-нибудь эклектическую метатеорию. Проявляется стремление к разработке парадигмы, которая позволила бы объединить в рамках одной общей концепции преимущества различных методов и дать клиническо-прагматические обоснования их использования, оставляя без внимания их ориентированность на ту или иную школу психотерапии. Существует международная организация, название которой отражает отмеченную выше тенденцию: SEPJ, Sociely for the Exploration of Psychotherary Jntegration (Общество изучения интеграции в психотерапии).

Третий вывод заключается, таким образом, в том, что существует стремление разработать более точные концепции предназначенных для повседневной клинической практики методов работы, обосновать их и сделать доступными заинтересованным читателям в надежде способствовать тем самым дальнейшему развитию концепции интеграции различных направлений психотерапии.

В Поликлинике психотерапии Бернского университета уже сложилась определенная традиция применения краткосрочной психотерапии. Еще в 1966 г. одним из авторов (Эдгар Хайм) здесь была введена и опробована краткосрочная психотерапия, предложенная Мэлэном и Мэнном (Malan, Mann). Позже под руководством Шперри (Spoerri) здесь же принята поведенческая психотерапия. В 1984 г. участники небольшщй рабочей группы приступили к разработке концепции прагматической, проблемно-ориентированной краткосрочной психотерапии, отвечающей изложенным выше требованиям. Авторы данного учебника полагают, что каждый из участников группы внес свой вклад в развитие излагаемого здесь подхода: А.Б. получил подготовку в области психоанализа, а позже много занимался поведенческой и телесноориентированной психотерапией. Э.Х. вскоре после завершения своей подготовки в психоанализе, осуществленной в ходе сотрудничества с Джимом Мэнном (Jim Mann) из Бостона, практиковал краткосрочную психотерапевтию, основывающуюся на психоанализе, долгое время продолжалось сотрудничество Х.Р. с Плоогом (Ploog) из Мюнхена в области поведенческой психотерапевтии и когнитивных стратегий. В широкой психотерапевтической подготовке, полученной М.Т., наибольшим был удельный вес гештальттерапии. Такой многообразный опыт членов группы облегчил разработку концепции интеграции.

В заключение отметим, что в последние годы наша концепция проблемно-ориентированной психотерапии используется также при подготовке специалистов в Клинике психиатрии Цюрихского университета, и мы очень благодарны Юргу Вилли и

его сотрудникам за сделанные ими многочисленные критические замечания. На одной из начальных фаз разработки концепции ПО-терапии большую помощь нам оказали многократно проводившиеся беседы с Гансом Штруппом (Hans Strupp) из Университета Вандербильта. Обмен мнениями с Лестером Люборски (Lester Luborski) из Филадельфии много способствовал уточнению вопросов, связанных с психодинамическим подходом. Особой благодарности заслуживают наши многочисленные молодые сотрудники, с энтузиазмом участвовавшие в многочисленных семинарах по ПО-терапии, проводившихся под руководством Х.Р. Большую поддержку получили мы также со стороны наших коллег по кафедре. И, наконец, мы благодарим госпожу Христину Хаас, которая терпеливо помогала нам при редактировании книги.

1.3. Обзор направлений краткосрочной психотерапии. Место, занимаемое среди них ПО-терапией

Эффективностьб психотерапии сегодня убедительно подтверждена многочисленными исследованиями. Так, например, Смит, Глосс и Миллер (1980) (Smith. Gloss, Miller) осуществили анализ свыше 475 экспериментов, в которых соблюдались требования контроля за надежностью получаемых результатов. Граве (Grave) (1990) на материале свыше 800 исследований, проведенных с соблюдением таких требований контроля, еще раз показал оправданность плюрализма методов. Объектами всех этих исследований были преимущественно те формы психотерапии, которые принято называть краткосрочными, имея в виду их протяженность во времени. При этом следует отметить, что понятие "краткосрочная психотерапия" предполагает противопоставление понятию "долгосрочная психотерапия". Долгосрочные формы психотерапии представлены преимущественно психодинамическими направлениями, основывающимися на психоанализе. Краткосрочность других подходов обусловлена областями их применения: различные формы семейной психотерапии, изменение шаблонов поведения, телесно-ориентированная психотерапия, психотерапия в кризисных ситуациях и т.д.

Исследования практики различных видов психотерапии, проводящейся в амбулаторных условиях, достаточно убедительно показывают, что обычно такая психотерапия предполагает примерно 20-26 сессий. Ограничение числа психотерапевтических сессий соответствует и все более усиливающимся требованиям ограничения продолжительности психотерапии, которые исходят со стороны страховых обществ.

Эти выходящие на первый план "тактические" аргументы заслоняют порой то обстоятельство, что сегодня имеются различные формы краткосрочной психотерапии, разработанные в соответствии со строгими, прошедшими проверку концепциями. При этом краткосрочные формы психотерапии основываются почти всегда на тех же принципах, что и долгосрочные, так что обе эти стратегии ("краткосрочная" — "долгосрочная") благотворно взаимодействуют с пользой для каждой из форм. Следует отметить, в учебном процессе, когда говорят о долгосрочной психотерапии, почти всегда имеют в виду преимущественно психоанализ. Лишь в редких случаях в учебных курсах психотерапии краткосрочные ее формы приравниваются по их значению к долгосрочным формам психотерапии. Однако с учетом тех требований, какие предъявляет практика психотерапии, ограниченные во времени формы психотерапии необходимо изучать столь же тщательно, как и традиционные долгосрочные формы.

Если обратиться к истории психотерапии, то окажется, что большинство ее видов, а психоанализ в первую очередь, были краткосрочной психотерапией в сегодняшнем ее понимании. Психоанализ, проводившийся Фрейдом в начале его деятельности, продолжался от нескольких недель до нескольких месяцев. Как правило, за это время Фрейд добивался успеха. Однако позже Фрейд утверждал, что успех здесь был обусловлен эффектом "переноса", и, таким образом, он поставил под сомнение

эффективность своих первых случаев психоанализа. Фрейд предостерегал от попыток ускорить процесс психотерапии и критически относился к предпринятым позже Ференци (Ferenczi) и Ранком (Rank) (1923) усилиям по интенсификации психоанализа. В 40-е годы Александер и Френч (Alexander,French) (1946) были наиболее активными среди тех, ко старался сократить продолжительность процесса психоанализа посредством структурирования. В 60-е годы, наконец, были предприняты первые попытки использовать в случаях классических невротических нарушений технические элементы психоанализа в концентрированном виде, что, собственно, положило начало динамической краткосрочной психотерапии. Ниже дается краткое описание некоторых из моделей краткосрочной психотерапии.

Мэлэн и Тэвистокская группа. Группа учеников Балинта (Balint), среди которых ведущее положение занимал Мэлэн (Malan) (1965), восприняла идею своего учителя, согласно которой основной конфликт в любом случае психотерапевтических отношений может быть решен посредством переноса. В основе концепции, разработанной этой группой, лежала мысль о необходимости распознания динамического фокуса, выражающего специфический конфликт, проявляющийся в начале в детстве, прежде всего в отношениях с родителями, позже — в других межличностных отношениях и, наконец, в психотерапии в виде конфликта переноса. Эта так называемая "треугольность" прошлого, настоящего и психотерапевтических отношений стала методической основой работы с пациентом. Уже в ходе процесса обследования пациента предпринимались попытки выявить его способность распознать конфликт, о котором говорилось выше. Если удавалось установить фокус, то последовательно проводилась соответствующая линия и в первую очередь всегда, когда это было возможно, изучался перенос в отношениях пациента с родителями.

Психотерапия показана широкому кругу пациентов. Авторов нового метода сначала удивляло, что несмотря на вынужденное несоблюдение критериев отбора пациентов, краткосрочная психотерапия оказывалась вполне успешной, полученные результаты были такими же хорошими, как при долгосрочной психотерапии. Было высказано предположение, что психотерапевт, признавая способность пациентов осуществлять интроспекцию, особенно интроспекцию своих эмоциональных реакций, тем самым мотивировал их. Уже на стадии оценки, как отмечалось выше, их реакция на первые попытки интерпретации бывала положительной*. [*Интерпретация — принятая в психоанализе техническая процедура, превращающая бессознательное, находящееся вне сознания пациента, в сознательное — *Прим. переводчика*.]

В ходе сессии пациент и психотерапевт сидели лицом друг к другу, как во всех рассматриваемых здесь формах краткосрочной психотерапии обычно пациент посещал психотерапевта один раз в неделю. Число сессий составляло 20-30 (в исключительных случаях - 40). Мелен считает, что более важным фактом, чем число сессий — достаточно раннее установление даты завершения психотерапии.

Если говорить о странах немецкого языка, то уже в 1972 г. Лох (Loch) разработал концепцию психоаналитической краткосрочной психотерапии, весьма близкую концепции Мелена.

Менн: "Психотерапия за 12 часов". Примерно в то же самое время, что и Мелен, свою модель краткосрочной психотерапии разрабатывал бостонский психоаналитик Джим Менн (1973, 1978). Его побудили к этому длинные очереди пациентов, стремившихся попасть на прием к психотерпевтам, в частности, в Бостонском университете, где он работал. Вот почему он, руководствуясь в первую очередь прагматическими соображениями, с самого начала решил резко ограничить число сессий и назвал свою разработку "12-часовой психотерапией".

Придерживаясь психодинамических взглядов, Менн постоянно подчеркивал важность ограничения времени психотерапии с психотерапевтической точки зрения. Он также считал, что психотерапевту важно с самого начала иметь определенный "фокус",

названный им "central issue"* [*"Central issue" — основной вопрос.]. Он исходил из того, что большинству пациентов присущ негативный образ самого себя, что порождает в них желание без конца получать поддержку, и в то же время им присущ страх перед тем, что обстоятельства могут привести к преждевременному завершению отношений или к потере важного объекта, рассматривающегося пациентом как источник поддержки.

Что касается методики, то в первые несколько недель психотерапии Менн делал упор на объяснение этого стремления пациента к неограниченной во времени поддержке. Затем обсуждался тот факт, что возможности даже самого благожелательного психотерапевта ограничены, и рассматривалась амбивалентность позиции, занимаемой пациентом в ходе психотерапевтических отношений. В заключительной фазе в центре внимания оказывалась подготовка пациента к предстоящему расставанию с психотерапевтом, направленная на преодоление потребности пациента в зависимости.

Какой-либо специальный отбор пациентов из числа лиц, обращавшихся за помощью, не осуществлялся, так что спектр пациентов был достаточно широким. Менн указывает, что условием прохождения его психотерапии является "Сильное Я" пациента, но не уточняет это понятие. В первую очередь он обращает внимание на предрасположенность пациентов к быстрым эмоциональным реакциям, на их способность выдерживать эмоциональные нагрузки и своевременно выходить их состояния эмоциональной вовлеченности в ситуацию. Из широкого спектра больных, которым показана эта модель психотерапии, Менн исключает лиц, находящихся в пограничных состояниях, страдающих психозами, испытывающих глубокую депрессию, а также больных с органическими нарушениями. Курс психотерапии у Д. Менна ограничен 12 психотерапевтическими сессиями (по 60 мин каждая!). В некоторых случаях психотерапия может проводиться в виде 24 получасовых встреч пациента с психотерапевтом один раз в неделю или 6 двухчасовых встреч также один раз в неделю. Завершение психотерапии — центральная тема на протяжении всего психотерапевтического процесса, и постоянное обсуждение предстоящего окончания лечения осуществляется, по крайней мере, с седьмой сессии.

Сифниос(Sifneos)*: Краткосрочная психотерапия, основывающаяся на провоцировании у пациентов тревожности.* Сифниос который также работал в Бостоне (в тогдашней Общей больнице Массачусеттса), в 60-е годы, как бы сам того не желая, предпринял попытку разработки метода краткосрочной психотерапии. В то время у него был пациент, испытывавший проблемы фобического характера, которому вскоре предстояло жениться. Это обстоятельство побудило Сифниоса отказаться от ортодоксального психоаналитического подхода, в соответствии с которым эффективной признавалась лишь долгосрочная психотерапия с 4-5 сессиями в неделю. Исходя из предположения, что ситуация пациента обусловлена в первую очередь эдиповым комплексом, он разработал **концепцию**, которая должна была позволить быстро и эффективно проработать перенос и сопротивление в условиях эдипова конфликта. Его **методический подход** предусматривает жесткую конфронтацию, а внешним наблюдателем воспринимается даже как содержащий в себе внушение, поскольку в данном случае используется каждая возможность переноса значения в рамках эдиповой ситуации. Психотерапевт играет здесь настолько активную роль, что иногда дело доходит до конфронтации и при этом он подавляет возникающее у пациента чувство зависимости.

Эта форма психотерапии, как свидетельствует опыт, **показана** относительно "здоровым" пациентам, молодым людям, обладающим высокой мотивацией, с достаточной "Силой-Я", устойчивым к страху и временно испытывающим конфликт в своих отношениях. Многие из этих пациентов являются студентами колледжей, так или иначе имеющими отношения к Сифниосу, преподающему в этих колледжах.

Своеобразие контингента пациентов Сифниоса побуждало его постоянно повторять, что эти YAVIS (молодые, привлекательные, владеющие словом, интеллигентные, успешные) пациенты, обладающие относительно большой "Силой-Я",

имеют право на адекватное лечение. Была разработана довольно гибкая **программа** психотерапии, включающая 12-16 (иногда 20) сессий. Довольно часто пациенты спонтанно выражают желание прекратить психотерапию ранее указанного срока.

Дейвенлу: "Широкофокусная краткосрочная психодинамическая психотерапия". Дейвенлу (Davanloo) (1978), который и сегодня работает в Монреале, получил профессиональную подготовку в Бостоне. Это определило влияние на него авторов, речь о которых шла выше, особенно Мэлэна, с которым он в последние годы работал больше всего. В **концепции** Дейвенлу наибольшее внимание уделяется очень ранней фокусировке на сопротивлении и на организации пациентом сопротивления. При этом, в отличие от Сифниоса, Дейвенлу не ограничивает круг своих пациентов теми, кто испытывает эдиповы конфликты. Предпочтение он отдает пациентам с относительно ригидной структурой характера ("панцирный характер") или пациентам с навязчивыми состояниями, т. е. таким пациентам, которым, казалось бы, краткосрочная психотерапия не показана. Такой контингент пациентов требует особых **методов**, и такие методы были разработаны Дейвенлу. Начиная с первой сессии он активно выступает против занимаемой пациентом позиции сопротивления участию в психотерапевтическом процессе. При этом в своих разъяснениях он дает интерпретацию защиты пациента, особенно примитивных ее форм. Как и Мэлэн, он осуществляет "трангуляцию", причем обращает внимание на аспекты переноса, обусловленные конфликтами в раннем детстве. Делается это не как обычно в форме осторожной попытки интерпретации, а посредством предъявления пациенту очевидного факта. При этом он мирится с такими сильными аффектами пациентов, как гнев, или с проявлениями враждебности, но старается трактовать их как феномены переноса. В тех случаях, когда такая жесткая конфронтация с пациентом не может быть принята пациентом, Дейвенлу завершает психотерапию преждевременно. Он всегда доминирует над пациентом. Отличие его психотерапии заключается в том, что большинство сессий записывается на видеокассеты и сразу же после их завершения обсуждается в кругу коллег. Как правило проводится 15-30 сессий с интервалом в неделю.

Далее рассматриваются еще два автора, ориентированных преимущественно на психоанализ. В их концепциях центральное место занимают вопросы поведения, трактуемые прежде всего в свете психоаналитической теории объектных отношений. В отличие от рассмотренных выше авторов, они отошли от классической психоаналитической "Я-теории".

Страпп: "Ограниченная во времени психодинамическая психотерапия". Страпп (Strupp), будучи учеником Салливэна (Salliven), всегда стоял в стороне от классического психоанализа и пытался выявить факторы психотерапевтического воздействия с помощью объективизации процесса психотерапии. Отсюда проистекала его восприимчивость к новым веяниям в психотерапии, источником которых был первоначально бихевиоризм, а затем преимущественно когнитивная психология. Предложенная им и разрабатываемая далее **концепция** краткосрочной психотерапии несет на себе ярко выраженные следы психодинамического опыта ее автора, но в значительной мере она свободна от влияния той или иной школы, а в качестве ее основы выступает категория отношений. На первый план выходит диада пациент-психотерапевт. Прежде всего анализируются имевшие место отклонения в отношениях и устанавливается фокус, которому следуют в последующих сессиях. Этот динамический фокус понимается как межличностная проблема. Причем психотерапевт трактует себя в качестве некоего нового "значимого объекта", который следует противопоставить более ранним, частью травматизирующим, частью идеализируемым значимым объектам. Методика строится на том, что в рамках психотерапевтического отношения "здесь и сейчас" наблюдаются и объясняются нарушения поведения пациента. При этом психотерапевт учитывает свое собственное восприятие пациента, которое должно быть не нежелательным "контрпереносом", а своего рода реакцией чувствительного датчика, воспринимающего подлинную ситуацию в

отношениях. Воздействия психотерапевта, не привязаны к той или иной школе, а всегда направлены на улучшение способности пациента устанавливать и поддерживать отношения. При выборе пациентов Страпп не выдвигает серьезных ограничений, хотя на основании собственного опыта отдает предпочтение YAVIS-пациентам. Пациент должен быть способен осуществлять рефлексию различных аспектов этих отношений.

Курс психотерапии у Страппа включает 20-30 сессий с интервалом в неделю, что дает возможность осуществить желательные изменения. Дата окончания психотерапии заранее не устанавливается, но в заключительной фазе психотерапевтического процесса завершению психотерапии уделяется первостепенное внимание.

Л.Люборски: "Принципы психоаналитической психотерапии — учебное пособие по поддерживающе-экспрессивному методу". Лестер Люборски (Luborsky) был одним из первых психоаналитиков, пытавшихся осуществлять системное исследование процесса психотерапии. Концепция ориентированной на психоанализ психотерапии появилась в результате многолетних научных исследований. Разработанные им принципы приемлемы как в долгосрочной, так и в краткосрочной психотерапии. Люборски придерживается следующей точки зрения: каждый пациент испытывает неосознанное желание или потребность, и его поведение определяется его отношениями с другими. Следствием такой позиции бывает, с одной стороны, определенная реакция самого пациента, с другой — определенные реакции его партнеров, с которыми он вступает в те или иные отношения. У каждого пациента можно выявить ограниченное число тем, содержащих этот основной конфликт. Когда эти связи, названные Люборски "Темы основных конфликтных отношений" бывают определены, можно их использовать в психотерапии. В **методическом** отношении Люборски в своей работе следует основным принципам психоанализа. Однако большое значение он придает и экспрессивным, и поддерживающим методам. Использование экспрессивных методов означает, что психотерапевт, демонстрируя большой интерес к пациенту ("активное слушание"), побуждает его изложить свои проблемы и установить связь между ними, а позже, возможно, дать им соответствующую интерпретацию. Защитный или поддерживающий аспект проявляется в совместной постановке целей, в хороших рабочих отношениях и постоянной поддержке усилий пациента, направленных на выявление неосознанных им (пока) составляющих его поведения. Цель заключается не столько в том, чтобы решить конфликты, связанные с потребностями человека, сколько в том, чтобы смягчить отрицательные последствия межличностных отношений, в которых принимает участие пациент. Люборски полагает, что эти принципы годятся в работе с большинством пациентов, не страдающих психозами, и поэтому не видит необходимости в каких-то ограничениях при выборе пациентов. В ходе психотерапии психотерапевт и пациент сидят лицом друг к другу; продолжительность психотерапии ограничена 6-25 сессиями (если в силу особенных обстоятельств нет нужды в долгосрочной психотерапии), в неделю проводится 1-2 сессии.

Всем рассмотренным выше авторам присуща общая черта: они не только ведут свое происхождение из психоанализа, но и используют основные принципы психоанализа в рамках краткосрочной психотерапии. В последние годы, однако, появились новые формы краткосрочной психотерапии, весьма далекие от психоанализа. Здесь следует назвать интерактивную модель психотерапевтической школы Пало Альто (Вацлавик и Уиикленд), основывающуюся на особой теории коммуникации. Да и большинство видов поведенческой психотерапии относится к краткосрочной психотерапии. Особый интерес в контексте нашей концепции проблемно-ориентированной психотерапии представляют две рассматриваемые ниже модели.

Клерман: интерперсональная психотерапия. Психиатр Клерман (Klerman) совместно со своей женой, социологом медицины Мирной Вайсман (Myrna Weisman), разработал концепцию краткосрочной психотерапии, предназначенной для оказания помощи той популяции пациентов, которая наиболее близка ему. Он изучал депрессию, и

ему было важно в дополнение к классическим психофармакологическим формам лечения иметь в своем распоряжении эффективные методы поддержки пациентов. На базе разработанной еще в 20-е годы Харри С.Салливэном и швейцарцем Адольфом Майером (Adolf Meyer) теории межличностных отношений он предложил психотерапевтический подход, при котором в центре внимания оказывались межличностные отношения пациентов (главным образом, пациентов с депрессией). В основе его методики лежит следующее положение: психотерапевт выясняет проблемы, связанные с межличностными отношениями пациента, и пытается создать у последнего соответствующую установку на адаптацию. Клерман не обращается к ранним конфликтам, а работает в соответствии с принципом "здесь и сейчас". Имея дело с депрессивными пациентами, он обращает внимание прежде всего на реакцию печали и межличностные конфликты, а также на всевозможные ролевые изменения. Этот вид психотерапии предназначается в первую очередь, как уже говорилось, пациентам, страдающим депрессией, но не психозами. Как показали многочисленные контрольные исследования, этот вид "поддерживающе-адаптирующей" психотерапии особенно эффективен как добавление к лечению с использованием психофармакологических средств. Как правило, удается добиться долгосрочного улучшения социальной адаптации пациентов. Организация психотерапии зависит от тяжести состояния страдающего депрессией пациента. В большинстве случаев психотерапия продолжается 12-16 недель (одна сессия в неделю) и часто сочетается с лечением антидепрессантами.

Бек: Когнитивная психотерапия. Аарон Бек (Beck) также первоначально был психоаналитиком, но работая в рамках классического психоанализа, стал склоняться к выводу, что необходимо создать прагматическую, более ориентированную на проблемы пациента концепцию. Особенно большое влияние оказала на него когнитивная психология, где главное внимание в разработанной модели уделяется когнитивным источникам болезни пациента. Бек исходит из того, что многие пациенты страдают от "автоматических (негативных) мыслей" или мыслят в соответствии со схемами, закрепляющими предшествовавший отрицательный опыт. Его метод соответственно направлен на исправление этих "логических ошибок", содержащиеся в усвоенных пациентом схемах мышления. Для этого он разработал многочисленные стратегии, которые могут использоваться в работе психотерапевта последовательно или одновременно, в зависимости от обстоятельств. Примерами таких логических ошибок в мышлении пациента могут служить: восприятие лишь одного, определенного аспекта проблемной ситуации; чрезмерное обобщение, которое пациент делает на основе единичного случая; оценка малозначащего события как катастрофы и т.д. Для преодоления таких когнитивных искажений используются соответствующие стратегии.

Что касается **показаний**, то первоначально метод был предназначен для пациентов, страдающих депрессией, но со временем его стали с успехом использовать и в работе с пациентами, которые испытывали страх, страдали фобиями, мании, а также с пациентами, которые имели психофизиологические проблемы (анорексия, избыточный вес).

Чаще всего сессии проводятся один-два раза в неделю на протяжении семи недель, а затем во время второй, заключительной фазы полученные благоприятные изменения закрепляются с помощью 1-2 сессий в месяц.

Критические обзор изложенных моделей краткосрочной психотерапии. Практически все представленные здесь формы краткосрочной психотерапии были разработаны авторами, первоначально придерживавшимися психоаналитической ориентации. Поэтому нет ничего удивительного в том, что они содержат общие элементы. Однако концептуализация рассматриваемых проблем осуществляется в них по-разному. Кроме того, взгляды этих авторов скорее дополняют друг друга, чем вступают в противоречие. В когнитивной краткосрочной психотерапии в центре внимания прежде всего: процесс мышления, схемы мышления и те искажения, которые они содержат. В интерперсональной краткосрочной психотерапии рассматриваются в первую очередь

межличностные отношения и социальная поддержка со стороны окружения. В собственно психодинамических краткосрочных моделях психотерапии, в свою очередь, отправной точкой работы служит внутренний опыт пациента, полученный в предшествовавших и существующих в настоящее время отношениях. Что касается приемлемых методов, то между ними существует определенное сходство: если психоаналитический термин "защита" понимать как попытку пациента представить воспринимаемую действительность так, чтобы сделать ее переносимой, то мы получаем когнитивные искажения, которые могут быть исправлены. Эти когнитивные искажения оказывают также соответствующее влияние на поведение пациента. Однако авторы психодинамических моделей краткосрочной психотерапии во главу угла ставят вызывающие страх импульсы, которым противостоят осуществляющие внутренний контроль "Я" и "Сверх-Я", что порождает соответствующие конфликты.

В когнитивной краткосрочной психотерапии первоочередная задача — выявить когнитивные искажения и обратить внимание пациента на наличие в его мышлении ошибочных схем (на что указывал Пиаже). И здесь имеется определенное совпадение с тем, что в психоанализе называется теорией объектных отношений. В соответствии с этой теорией ожидания, касающиеся отношений, выступают в психике как репрезентации отношений субъект-объект. Таким образом, в обеих моделях встает задача распознать неосознаваемые схемы поведения и разъяснить их пациентам. Сходство еще более усиливается в силу того, что обе модели сориентированы на "здесь и сейчас", на текущие психотерапевтические отношения. Интерперсональная психотерапия также близка теории объектных отношений. Ведь понимание текущих межличностных отношений означает не что иное, как понимание интернализированных элементов субъекта и объекта, о чем говорилось выше. И здесь исходят из того, что предшествовавший опыт отношений обусловливает текущее поведение. Различия между отдельными моделями краткосрочной психотерапии наиболее отчетливо проявляются в используемых ими методах. Когнитивная и межличностная краткосрочные психотерапии — директивные, они направлены, прежде всего, на текущее поведение. В психодинамических формах краткосрочной психотерапии усилия психотерапевта бывают направлены на повышение активности пациента. Чтобы он осознал и преодолел свое "искаженное" поведение, и это должно открыть перед ним возможность опробовать новые, более адекватные модели поведения.

Анализ концепций, разработанных различными авторами, показывает, насколько они близки друг другу в методическом отношении. С другой стороны, однако, оказывается, что элементы, которым отдается предпочтение в тех или иных методах (факторы воздействия), могут выступать и в других сочетаниях. Это дает нам возможность выбирать те из этих элементов, которые могут найти применение при проблемно-ориентированном подходе, и включать их в разработанную нами концепцию ПО-терапии.

2. ТЕОРИЯ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

2.1. Эклектицизм

Предварительные замечания: Наша концепция ПО-терапии не основывается на какой-то одной, единственной психологической теории. Наша задача состояла в том, чтобы рассмотреть различные теории, представляющиеся полезными для концепции, разработанной на основании нашего опыта.

Если обратиться к истории, то окажется, что эклектический образ мышления уходит корнями в античную философскую школу, называвшуюся "эклектицизм", а также в философское учение связанное с именами Лейбница и Ницше, и известное как

перспективизм. Сторонники эклектицизма утверждают, что действительность может восприниматься лишь в определенной перспективе, зависящей от позиции или от качеств познающего ее. Познание всегда бывает обусловлено позицией, занимаемой познающим.

Важно отметить, что теоретические перспективы со временем могут изменяться (Кун, 1976) (Kuhn). Направленность процесса познания и интересы исследователей непостоянны. История психологического и психотерапевтического мышления и разработки теорий в этих областях свидетельствуют, что здесь имеет место почти циклический процесс, в ходе которого предпочтение поочередно оказывается различным частным теориям. Иногда дело объясняется просто модой. Мы же предлагаем здесь целостный подход, при котором различные концепции используются одновременно.

2.1.1. Психотерапевтический процесс -- процесс комплексный

Большинство **теоретических школ** не принимает во внимание комплексный характер психотерапевтического процесса. Как правило, они приписывают его воздействие лишь одному какому-нибудь фактору, тому, который они считают важнейшим, например: динамике психических процессов, экзистенциальному опыту или когнитивным процессам.

Следует, однако, учитывать все воздействующие на пациента факторы в их взаимосвязи. Вряд ли возможна какая-то "психическая проблема", которая не имела бы в то же время когнитивного, эмоционального, психофизиологического и поведенческого аспектов. Мы полагаем, что любое разумное психотерапевтическое воздействие может планироваться и осуществляться только с учетом всех вышеназванных аспектов. То же самое можно сказать об оценке воздействия и результатов психотерапии. В книге Орлинского и Говарда (Orlinski, Howard, 1988) приводятся убедительные доказательства существования взаимозависимости. Эти авторы показывают, что результат психотерапии зависит не только от психотерапевтического процесса как такового, но и от тех социальных или общественных воздействий, испытываемых пациентом за пределами кабинета психотерапевта. С учетом сказанного, в ходе психотерапии всегда следует иметь в виду тот социоэкологический контекст, в котором живет пациент, и мы неизменно подчеркиваем это обстоятельство. Психотерапия не может и не должна быть не от мира сего.

Различие между психотерапевтическими школами заключается не только в тех методах и приемах, которые они используют. В основе каждой системы психотерапии лежат свои, специфические представления о мире и человеке. Сказанное в определенной степени относится и к концепции, предлагаемой эклектической психотерапией. И эклектики действуют, руководствуясь определенными мировоззренческими убеждениями.

Само собой разумеется, что психотерапевт, последовательно придерживающийся в своей работе эклектической ориентации, не может быть сторонником какого-либо одного направления психотерапии.

Поэтому в основе нашей концепции, как и концепции Гарфилда (Garfield), лежит убеждение в том, что не может существовать единственного верного подхода к каждому пациенту. Нет такой универсальной психотерапии, которая годилась бы для всех пациентов и всех психических отклонений. Кроме того, название той или иной формы психотерапии еще ничего не говорит нам о специфических методах работы в ходе самой психотерапии.

В психотерапевтической практике редко когда удается строго следовать предписаниям того или иного направления. Опытный практик знает об ограниченности и концепции, и методов того направления, которое он представляет. Время от времени он

вносит в свой психотерапевтический репертуар чуждые его школе элементы, чтобы быть в состоянии соответствовать тем требованиям, которые предъявляет ему практика. Под словом "практика" мы понимаем в данной работе следующее: пациент, обладающий как достоинствами, так и недостатками, находящийся в специфических жизненных обстоятельствах, оказавшись в особой проблемной ситуации обратился за психотерапевтической поддержкой, и теперь вовлечен в определенные личные и единственные в своем роде психотерапевтические отношения.

Пожалуй, в любой психотерапевтической практике на деле имеет место плюрализм методов, а теория, которой руководствуется психотерапевт, эклектическая, так как в повседневной психотерапевтической работе приходится демонстрировать гибкость мышления и быстроту реакции а не ориентироваться на те или иные строгие концепции. Поэтому в практической работе не оправданы чересчур узкие теоретические и методические рамки. Сказанное не означает, что мы отрицательно относимся к тому, что в ходе профессиональной подготовки психотерапевтов изучается различными школами психотерапии. Четкое изложение концепций и подготовка, осуществляемая с учетом традиций, очень важны для формирования молодых психотерапевтов. Такая подготовка, часто осуществляемая людьми с громкими именами, позволяет будущим психотерапевтам пройти процесс идентификации и установить свою (первую) психотерапевтическую идентичность. Как результат длительного процесса созревания и обретения опыта можно, пожалуй, представить психотерапевтическую позицию эклектика. Такое положение будет сохраняться по крайней мере до тех пор, пока эклектицизм не превратится в традиционную "школу". Тем не менее, считаем необходимым показать молодым психотерапевтам как в действительности выглядит психотерапевтическая практика их опытных коллег, которая преимущественно оказывается эклектической.

Предлагая ПО-терапии мы не имеем намерения основать новую "школу" или "учение", их имеется уже достаточно. Наш замысел — показать основные составляющие элементы психотерапевтической практики и продемонстрировать возможности прагматического и нешаблонного решения возникающих в ее ходе проблем.

2.1.2. Прагматический эклектицизм

Эклектический подход не означает произвольного, лишенного рефлексии применения психотерапевтических методов, при полном игнорировании их теоретических основ или пренебрежении к "философии" поведения и принятия решений. Точно так же не может быть разумной психотерапия, если в ее основе не лежат определенные представления о человеке.

Основная (антропологическая) идея, лежащая в основе нашего подхода, заключается в том, что каждый человек выступает как целостное существо в определенном социальном и экологическом контексте, а также как существо активное, с целенаправленным поведением, находящееся в постоянном взаимодействии со своим природным и социальным окружением.

В эклектицизме можно выделить два основных направления:

Прагматический эклектицизм. Здесь отвергаются признанные теории с их претензиями на исключительность. Важнейшим критерием выбора и применения психотерапевтических методов выступают их польза и возможность применения в конкретных ситуациях.

Теоретический эклектицизм. В рамках этого направления предпринимается попытка (в психотерапии до сих не увенчавшаяся успехом) сформулировать своего рода метатеорию, находящую широкое применение.

Наша концепция стоит ближе к прагматическому эклектицизму, но в то же время

ее авторам присущи объединительные устремления. Подробно об этом пойдет речь в следующей главе.

Достойно удивления, что с течением времени понятие "эклектический" приобрело негативное значение. Историкам науки стоило бы провести исследования и выявить причины этого обстоятельства. Первоначально эклектиком называли человека, не желавшего присоединиться к той или иной школе, поскольку он отчетливо видел ее ограниченность. Эклектик был независим в духовном плане. Из этого вытекает, что он постоянно должен был стремиться к интеграции различных моделей мышления.

На практике прагматический эклектицизм заключается в том, что для решения какой-либо проблемы мы обращаемся к различным теориям и используем различные приемы. Главное при этом — достичь согласия с пациентом в вопросе выбора эффективной стратегии решения проблемы, с которой он сталкивается, и найти удовлетворяющие его пути достижения целей, которые он перед собой ставит.

2.2. Психотерапия как решение проблем

2.2.1. Парадигма решения проблем

Авторы настоящего учебника используют эклектический подход. Это предполагает, что мы в определенной степени "беззастенчиво" используем психотерапевтические инструменты, которые в результате оценки ситуации представляются нам наиболее подходящими для достижения намеченной цели. Учебник содержит принципы отбора пациентов, модель процесса психотерапии и описание методов принятия решений. Все это мы называем вспомогательными средствами. В учебно-дидактической модели "обучения, основывающегося на проблемах" ("problem based learning"), предложенной Барроуз (Barrows, 1986), существует понятие "проблемные ящики" ("problem boxes"). "Проблемный ящик" -- это комплект различных вспомогательных средств, предоставляемых обучаемому для решения проблемы.

Учебное занятие в этой модели обучения начинается с постановки проблемы. Затем проблема анализируется шаг за шагом и в конце-концов с помощью самых различных методов находится ее решение. "Проблемные ящики" могут быть использованы как при анализе проблем, так и при их решении; их можно сравнить со своего рода "библиотекой". И наша концепция ПО-терапия предусматривает использование таких "ящиков" (см. гл. 8). Многие из предлагаемых нами методов возникли в результате систематически проводившегося в последние годы поиска того общего, что присутствует в различных направлениях психотерапии. (см., например, Гарфилд 1990, Голдфрид и Сафран (Goldfritd, Safran), 1987, Петцольд (Petzold), 1984, 1988). В принципе, сказанное относится ко всем представленным в гл. 8 методам, которые в разной мере и частично под различными названиями находят применение в различных психотерапевтических школах.

Предположение, согласно которому психотерапевтическое решение проблемной ситуации возможно, в принципе, с помощью **многочисленных и равноценных средств**, позволяет предложить обширный набор методов.

О позитивном влиянии так называемых независимых от той или иной школы или "неспецифических фактов воздействия" свидетельствует, кроме того, то обстоятельство, что пациенты, как правило, говоря об успехе психотерапии, приводят одни и те же причины, вне зависимости от того, к какой "школе" относится их психотерапевт. (Текстор, 1990) (Textor).

Одним из таких "неспецифических факторов" представляется выраженная направленность психотерапии на решение конкретной проблемы. Это не только

предполагает структурирование психотерапевтического процесса, но и позволяет осуществить психотерапию за короткий срок. Мы можем сформулировать цель нашей концепции следующим образом:

Психотерапия направлена в первую очередь **на улучшение способности пациента решать свои проблемы**. Это должно позволить ему стать в конце психотерапии своим собственным психотерапевтом.

Фидлер (1981) (Fiedler) говорит в этой связи: "Цель психотерапии -- самопомощь". В гуманистических направлениях психотерапии уПО-терапиирebляются имеющие такое же значение термины "саморегуляция" и "самоактуализация".

Признание того факта, что пациент сам способен решать свои проблемы, влечет за собой определенные последствия. Одно из них заключается в том, что мы отказываемся от попыток переструктурирования личности пациента и его "исцеления".

Как по социальным, так и по психологическим причинам невозможно свести воздействие на пациента только к психотерапии.

Правильнее, по нашему мнению говорить об изменении образа жизни индивида в условиях конкретной жизненной ситуации с учетом всех его индивидуальных особенностей, а не об исцелении больного. Поэтому мы бываем удовлетворены, когда имеет место так называемый "частичный успех" — успех в выбранной проблемной области. Такой "частичный успех" позволяет надеяться, что со временем подобные изменения произойдут и в других областях. Закон общей теории систем гласит: изменения в одной области какой-либо системы способствует перемещениям во всей системе и тем самым изменениям в ней (Делл, Гулишян, 1981) (Dell, Goolishian). Говоря прагматическим языком, пациента следует как можно скорее вновь сделать способным жить без психотерапевтической помощи, которая заключается в устранении "зажимов" в определенных областях системы или в улучшении структуры системы, что позволяет надеяться на самоорганизацию всей системы.

2.2.2. Процесс решения проблемы

Проблемный подход берет свое начало в психологии мышления (см., например, Дернер, 1979)(Doerner). Присущ он и новой "когнитивной науке" ("cognitive science"), где выражается, в частности, в разработке компьютерных программ.

Основной постулат подхода, предлагаемого когнитивной психологией, заключается в следующем: возникновение (и изменение) когнитивных структур осуществляется в результате конкретного поведения или действий и его/их последствий для индивида и его окружения. Согласно Пиаже (1976), перенос отношений индивид-окружение в когнитивные структуры представляет собой не пассивное копирование, а активный процесс созидания. Его результатом бывают когнитивные и эмоциональные схемы, в которых в концентрированной и обобщенной форме представлен предшествовавший опыт. Эти схемы можно считать матрицами, с помощью которых проверяются текущие планы поведения, а затем санкционируется их осуществление. Здоровый человек изменяет свои схемы по ходу дела и таким образом приспосабливается к изменениям в своем окружении.

Иначе обстоит дело с невротиками. Невротик строго придерживается "старых" схем и постоянно пытается перенести когда-то опробованную схему поведения в новые ситуации. Окружение, однако, не соглашается соответствовать представлениям и схемам невротика. Поэтому индивиду необходимо собственные схемы гибко приспосабливать к новым ситуациям. Граве (Grawe, 1987), чья концепция тесно связана с учением Пиаже,

определяет психотерапию как "стимулирование развития схем". Его понимание психотерапевтического процесса очень близко нашему. Ему присущ интегративный подход, выход за рамки одной какой-либо школы. (Граве, 1988).

В течение своей жизни люди, сталкиваясь с различными ситуациями, событиями и другими людьми, формируют внутреннюю модель окружения. Она в значительной мере состоит из собрания "правил" эффективных действий в часто повторяющихся проблемных ситуациях отношений индивид-окружение.

В результате люди могут, как правило, довольно хорошо регулировать свои отношения с окружением. Однако такое происходит не всегда. Эффективный прежде способ решения проблем в новой и иначе структурированной ситуации часто оказывается неподходящим. И все же человек в новых ситуациях упорно старается применять старые способы решения проблем. В психоанализе такое поведение называется "навязчивым поведением". Вацлавик (Watzlawick) говорит в этой связи о "все том же самом" и о "самом эффективном способе ПО-терапииерпеть катастрофу":

"По причинам, которые пока еще недостаточно хорошо изучены, человек, так же как и животное, склонен рассматривать способы оптимальной адаптации как нечто, раз и навсегда заданное и не подлежащее пересмотру. Это наивное допущение делает нас слепыми в отношении того факта, что некогда оптимальные стереотипы имеют обыкновение со временем все больше и больше превращаться в анахронизмы. Одновременно оно мешает нам увидеть какие-то другие вполне реальные, осуществимые, а возможно и более эффективные решения, которые не только открываются перед нами сейчас, но были и раньше. Таким образом, двойная слеПО-терапииа ведет к двойному результату. Во-первых, она делает все более и более бесполезным избранные некогда решения и все более и более безнадежной общую ситуацию. Во-вторых, возрастающее ощущение дискомфорта вкупе с непоколебимой убежденностью, что на свете существует только *одно-единственное* решение, оставляет перед нами только один-единственный выход из положения — с удвоенной, с утроенной энергией продолжать в том же духе. И чем старательнее вы продолжаете в том же духе, тем глубже погружаетесь в трясину все того же самого несчастья"*. [**П.Вацлавик*. Как стать несчастным без посторонней помощи. М., 1990., с.19.]

В нашей концепции проблемно-ориентированной психотерапии мы также склоняемся к тому, о чем Вацлавик говорит здесь с легкой иронией. Речь идет о том, чтобы ослабить или нарушить "старые" эмоциональные и когнитивные структуры (которые всегда потенциально являются также поведенческими структурами) и тем самым проложить путь к творческим решениям. В отличие от когнитивной терапии (Хоффман) (Hoffman, 1979), в которой ослабление старых структур осуществляется исключительно путем "когнитивного переструктурирования", мы предусматриваем использование с этой целью многочисленных и разнообразных, в том числе и невербальных, методов и приемов (см. гл. 8).

Предложенная Дернером (Doerner, 1979) типология способов решения проблем помогает распознать структурные признаки этого процесса.

Дернер предлагает такую классификацию связанных с проблемами структурных признаков, которая представляется подходящей для создания концепции психотерапевтических процессов, и приводит различие между эпистемической и эвристической структурами*. [*От греческого "эпистемос" — значение. — *Прим. переводчика*].

Эпистемическая структура представляет собой, так сказать, репертуар знаний человека, является для него носителем информации или служит его банком данных. Здесь содержится ответ на вопрос ЧТО?

Она доставляет информацию о состоянии дел в области реального. В психотерапии мы постоянно и различными способами обращаемся к эпистемической структуре знания пациента, особенно тогда, когда сообщаем информацию, позволяющую ему увидеть свою проблему в новом свете, а также тогда, когда мы предлагаем ему опытным путем улучшить знание обстоятельств, способствующих возникновению проблемы. Это может быть, например, случай, когда мы рекомендуем пациентке с булимическими нарушениями вести дневник, в котором она записывает что и когда ест. Тем самым мы рассчитываем обострить ее восприятие порождающих симптомы факторов. Эта пациентка может, например, обнаружить, что желание есть охватывает ее всегда в то время, когда она разочаровывается в других людях. Как следствие она может по-новому организовать мир своих субъективных переживаний в той или иной ограниченной проблемной области.

Однако одной лишь эпистемической структуры недостаточно для осуществления сколько-нибудь сложной деятельности. Мы знаем это из собственного опыта: для решения проблем, связанных с взаимодействием с окружением, недостаточно лишь много знать. Необходимы, кроме того, планы действий. Вот здесь и вступает в игру эвристическая структура.

Эвристическая структура — это своего рода хранящаяся в нашей голове библиотека. В ней имеются планы, методы мышления и стратегии поведения, с помощью которых можно найти или создать способы решения проблемных ситуаций. Здесь содержится ответ на вопрос КАК?

Нет никаких сомнений в том, что в психотерапии мы имеем дело преимущественно с эвристической структурой. Используя технические термины, можно предложить такое определение эвристических методов ("эвристик"): они как можно точнее устанавливают, какие операции следует осуществлять и в какой последовательности. В этом смысле можно говорить об эвристической структуре как о **стратегии решения проблем**. Когда одна из наших пациенток спрашивает, что ей делать с охватывающим ее чувством агрессии, мы можем ответить, например, так: "Используя приводимые Вами конкретные примеры мы будем совместно с Вами стараться понять функцию этого чувства. В результате мы совместно разработаем стратегию, которая даст возможность или адекватно выражать агрессивные чувства, или эффективно справляться с критическими ситуациями".

2.2.3. Ступенчатая модель

Для структурирования психотерапевтического процесса мы предлагаем пользоваться ступенчатой моделью (см. разд. 2.5. и гл. 5). Она предназначена для определения в ходе практической работы или подготовки специалистов целей концепции краткосрочной психотерапии.

(1) Проблема
Общая ориентация
Описание проблемы
Анализ проблемы
(2) Цель
Анализ целей
Выбор цели
Планирование изменений
(3) Перенос
Поведенческий эксперимент
Оценка поведения
Обеспечение переноса

Само собой разумеется, что такая ступенчатая модель процесса решения проблемы может быть представлена лишь в идеально-типичной форме. В сложной жизненной и психотерапевтической ситуациях решение той или иной проблемы будет протекать не столь последовательно и гладко. В повседневной практике время прохождения отдельных фаз будет различным и часто окажется невозможным привести четкие границы между отдельными фазами.

Сделаем еще одно уточнение: процессы решения проблем никогда не протекают у людей алгоритмически. Другими словами, они не идут по каким-либо логическим или заранее предвидимым схемам.

Мы, психотерапевты, не можем "программировать" или в соответствии с планом "осуществлять" какие-либо изменения в наших пациентах.

Это положение представляется нам особенно важным, поскольку концепция, ориентированная на парадигму решения проблем, может быть ошибочно воспринята как детерминистическая. Намного больше вероятность того, что психотерапевтическое воздействие приведет когнитивно-эмоциональные системы в неустойчивое состояние. Однако возникшая в результате такого воздействия неустойчивость создает хорошие предпосылки для выбора новых путей дальнейшего движения. Осуществлять или контролировать этот процесс извне не следует, иначе пришлось бы применять методы "промывки мозгов".

Будучи психотерапевтами мы должны всегда тщательно взвешивать возможные последствия психотерапевтических воздействий. Иногда их эффект бывает более сильным и не таким, на какой рассчитывали мы и пациент. По утверждению Граве, психотерапия является "всего лишь" стимуляцией развития схем. Когда ей это удается, т. е. когда она вызывает движение в оцепенелых структурах, то можно сказать, что самое главное уже сделано.

2.3. Интеграционные аспекты

Критики эклектического подхода в психотерапии не могут теперь обвинять его в ненаучности. Эклектическая концепция психотерапевтического мышления и действия в наше время соответствует всем критериям "научности". Поэтому современный эклектицизм, в том числе модель ПО-терапии, может быть включен в интегративную объединенную концепцию психотерапии.

2.3.1. Функциональная модель психотерапевтического процесса

Осуществляя свой подход, мы первоначально ориентировались на функциональную модель психотерапии, которая была создана на основании обзора критических исследований и объединяла в себе существенные элементы психотерапевтического процесса. Речь идет о "Genetic Model Psychotherapy" ("Порождающей модели психотерапии") Орлинского и Ховарда (Orlinsky, Howard) — метамодели, применимой, как это было показано недавно, ко всем формах психотерапии вне зависимости от их ориентированности на ту или иную школу.

На рис. 1 показано, насколько сложным комплексным процессом является психотерапия. Показано также, что она проходит в сложном, комплексном контексте. В то же самое время можно заметить, что при всем многообразии происходящего в ходе психотерапии некоторые ее элементы и их сочетания имеют основополагающее значение. Отсюда можно вывести конкретные эвристические правила действий. Ниже мы рассмотрим важнейшие из этих элементов системы.

Характерные черты пациента
личностные/профессиональные

Характерные черты психотерапевта
личностные/профессиональные

Психотерапевтический контракт

пациент психотерапевт
проблема распознание
сотрудничество вмешательство

Психотерапевтическая связь
пациент психотерапевт
Качество установившихся отношений

Пациент
открытость
защита

Психотерапевт
открытость
защита

Изменения, происходящие в ходе психотерапии

Успех психотерапии

Рис.1. Элементы психотерапевтического процесса

2.3.2. Элементы психотерапии

Психотерапевтический контракт включает формальные соглашения и ожидания, касающиеся условий работы в ходе психотерапии. Существенное влияние на него оказывают общественные нормы, определяющие, как два человека должны вести себя по отношению друг к другу в таком контексте. Речь идет прежде всего об определении психотерапевтического отношения как рабочего. Тем самым определяются и разграничиваются различные ролевые аспекты пациента и психотерапевта. Психотерапевтический контракт включает также условия оплаты, связанные с особенностями системы здравоохранения в данной стране (оплату может производить сам пациент из своих средств или государственные органы, учреждения страхования и т.д.).

Психотерапевтические мероприятия включают в себя воздействия, осуществляемые психотерапевтом для решения проблемы пациента.

Большинство школ психотерапии, давая себе характеристику, говорят об определенной технике или наборе техник. На более высоком уровне абстракции речь идет о том, какие формы вмешательства применяются преимущественно: вербальные или невербальные. Важна также интерпретация, даваемая психическому развитию или нарушению в ходе процесса и их влияниям на теперешние психические состояния. К одним из важнейших результатов исследований психотерапии можно отнести выявление

так называемых "неспецифических" факторов. Нередко они оказываются более важными, чем специфические или технические факторы.

Психотерапевтические отношения выступают в психотерапевтическом процессе в качестве самого главного их основных факторов. Речь здесь идет исключительно о **качестве** отношений между пациентом и психотерапевтом. Они могут проявляться в своего рода заинтересованности на личностном уровне, в "настройке на одну волну" или в эмпатическом резонансе обоих партнеров. Часто применяется также выражение "несущие помощь терапевтические отношения" (Люборски, 1985). Так обозначают прежде всего атмосферу принятия и понимания, качество отношений, которые являются результатом не только какой-то особой одаренности в сфере общения или особого счастливого стечения обстоятельств, но и в определенной степени манеры держать себя, которой можно научиться.

В такой атмосфере могут процветать открытость и доверие, что в свою очередь является предпосылкой дальнейшей психотерапевтической работы. Школа Карла Роджерса ставит этот аспект психотерапевтического процесса в центр своей концепции.

Реализация психотерапии Этим термином мы обозначаем то, что бывает результатом контракта, отношений и специфических мероприятий в психотерапии, осуществляемых в ходе процесса лечения. Это важнейший аспект воздействия психотерапии. Мы имеем в виду прежде всего наблюдаемые в ходе психотерапевтической сессии изменения в поведении, убеждениях и эмоциональных реакциях пациента. По ним психотерапевт может судить о том, что сейчас происходит в ходе психотерапевтического процесса. Однако эти реакции пациента еще мало говорят о том, будут ли наблюдаемые изменения проявляться и в повседневной жизни, и если да, то какими они будут — кратковременными или же длительными и устойчивыми.

Нашу концепцию психотерапии можно увязать со схемой Орлинского и Ховарда, поскольку обе модели отражают стремление к четкому, ясному пониманию того, что происходит в ходе психотерапевтического процесса. Сказанное выше в ПО-терапии относится не только к психотерапевту, но и к пациенту, который трактуется как равноправный партнер.

2.3.3. Теоретические условия интегративного подхода

Каким критериям должна соответствовать "интеграция" в психотерапевтическом мышлении и образе действий, чтобы можно было говорить о самостоятельной теории? По этому вопросу в последнее время высказывались Бейтман (Beitman), Голфрид и Уочтл (Golfried, Wachtel), Норкросс (Norcross, 1986) и Марер (Mahrer). Так Марер предложил полный список требований, которым должен соответствовать каждый интегративный подход. Ниже приводятся важнейшие из этих критериев (в скобках —номера глав этого учебника ПО-терапии, в которых содержится материал, относящийся к данному критерию). Интегративная теория согласно Мареру имеет определенную точку зрения по следующим вопросам:

Какой "материал", получаемый от клиента, следует считать полезным и имеющим отношение к делу и как соответственно получать этот материал — путем опроса или делая соответствующие выводы.

ПО-терапия соответствует этому требованию. Позже мы рассмотрим, как в совместной работе с пациентом психотерапевт получает такой "материал" (гл. 5).

Как слушать и наблюдать. Каждому виду психотерапии присущ свой собственный способ слушания и наблюдения, что соответствует общему закону восприятия, согласно которому мы воспринимаем преимущественно то, что мы намерены воспринимать. Поэтому следует уточнить мотивационные предпосылки наблюдения и слушания.

О том, как это делается в ПО-терапии, мы попытались рассказать в главе,

посвященной теории (гл. 2).

Об языке пациента и психотерапии. Обычно используется специальный язык, содержащий специфическую терминологию. Он должен описывать на высоком уровне абстракции также важнейшие цели психотерапии. Кроме того на соответствующем языке должны быть сформулированы пути и средства достижения этих целей. В ПО-терапии мы стараемся, насколько это возможно, избегать абстрактного языка, доступного лишь посвященным. Там, где необходим высокий уровень абстракции, мы стараемся говорить языком, понятным каждому. Ведь ПО-терапия предназначена прежде всего для "рядовых" практиков, и учебник для них должен быть легким и доступным, Кроме того, наша концепция психотерапии должна быть понятной и пациентам.

Проблемы взаимопонимания, существующие при контактах различных школ психотерапии, бывают порождены слишком высоким уровнем абстрагирования. Нашим пациентам, как правило, специальный язык непонятен. Поэтому мы последовательно стремимся к простоте и ясности языка ПО-терапии, особенно в тех случаях, когда даем нашим пациентам теоретические разъяснения. Использование понятного пациенту языка рассматривается в разделе "Субъективная теория болезни" (разд. 2.4.).

О целях психотерапии. Основная цель ПО-терапии заключается в том, чтобы пациент обрел способность по возможности самостоятельно решить свою проблему. Для достижения этой цели используются самые различные стратегии, включающие, например, ограничение сроков психотерапии, а также принятие психотерапевтом субъективной точки зрения пациента при формулировке проблемы. Кроме того предусмотрен поэтапный план, где отведено важное место анализу и определению проблемы, причем эти вопросы в ходе психотерапии выносятся на повестку дня вновь и вновь. В результате становится возможным постоянно уточнять и приспосабливать к изменяющимся условиям согласованные с пациентом цели психотерапии (разд. 5.4).

Об общих стратегиях психотерапии. В последующих разделах мы расскажем о том, как формулируются, осуществляются и оцениваются психотерапевтические стратегии. В зависимости от выбранной цели их результатом бывают изменения на самых различных уровнях личности пациента.

Об условиях, осуществлении и последствиях психотерапевтического воздействия. Теория должна объяснять, какие последствия, при каких условиях и у кого будет вызывать то или иное психотерапевтическое воздействие. Это, разумеется, наиболее трудновыполнимое требование. Соответствующая проблематика рассматривается в гл. 6 и 7, где речь идет о показаниях для ПО-терапии, а также в гл. 7 и 8, посвященных методике. Мы исходим из того, что применяемые методы могут иметь различные последствия, а также применяться в различных сочетаниях, что позволяет усилить воздействие, направленное на достижение поставленной цели с помощью определенной стратегии психотерапии.

Концепция психотерапии, признающая плюрализм методов, имеет в этом отношении существенные преимущества перед подходами, где используется один какой-нибудь метод, предоставляющий психотерапевту ограниченный и часто недостаточный арсенал средств.

О принципах психотерапевтического воздействия. Существует определенная иерархия принципов психотерапевтического воздействия в ПО-терапии. Подробно об этом говорится в гл. 4-7, но здесь рассмотрим метатеоретический аспект этой проблематики.

2.3.4. Ступени психотерапевтического воздействия

Четырехступенчатая модель (рис.2) описывает структуру осуществления проблемно-ориентированной психотерапии. Каждая ступень, взятая в отдельности, недостаточна для обеспечения воздействия "психотерапии". Поэтому, например,

упражнения двигательной терапии могут быть признаны "психотерапией" лишь в том случае, когда они выступают как часть стратегической концепции, в рамках которой осуществляется интеграция методов и средств. Применение того или иного метода вне определенной концепции не является психотерапией. С другой стороны, какая-либо стратегическая концепция психотерапии без методических разработок и практического применения будет всего лишь спекулятивной теорией, которая не выдержит проверки практикой.

Стратегия:

структура, предназначенная для достижения через какое-то время цели включает один или несколько методов

Методы: целесообразный набор воздействий, предназначенных для достижения цели

Воздействия: высказывания или действия психотерапевта

Элементы психотерапевтической эффективности

Рис.2. Четырехступенчатая модель психотерапии

Психотерапевтическая стратегия — набор правил (не всегда вполне конкретных) образа действий психотерапевта. Она включает постановку общей цели психотерапии и теоретическую концепцию, которая разъясняет взаимосвязь между психотерапевтическими действиями и поставленной целью.

В основе концепции может лежать какая-либо философско-антропологическая теория, теория психологического развития или теория поведения. Часто концепции психотерапии формируются также под влиянием социальных, общественно-политических или религиозных систем мышления и традиций. В любом случае теория психотерапии должна быть изложена достаточно ясно.

Методы представляют собой сочетания воздействий. Они используются, как это предусмотрено стратегиями, для достижения целей психотерапии — целенаправленного изменения или создания новых элементов поведения.

Методы — конкретные пути к цели. Им мы посвятили главы 7 и 8, где подробно рассматривается их использование и возможности их сочетания.

Воздействия (или интервенции) — конкретные действия или высказывания психотерапевта, в которых методы находят свое отражение.

Воздействия (интервенции) и действия, таким образом, находятся на одном уровне. Воздействия представляют собой практическое осуществление методов, сформулированных скорее в виде эвристических положений. Это конкретные действия или целенаправленные высказывания, предназначенные для достижения специфического воздействия или реакции. Из сказанного до сих пор становится понятным, что воздействия всегда могут быть обоснованы и объяснены в свете той концепции, в рамках которой они осуществляются.

Еще дальше в своих требованиях идет Марер. Он указывает, что любая теория психотерапии должна соответствовать лежащей в ее основе теории человека. Мы,

приступая к разработке ПО-терапии, не имели четко сформулированной "Теории человека". Однако обращаясь к разд. 2.1.2 читатель сможет составить представление о нашем понимании "теории человека".

Психотерапевт в ходе общения с пациентом стремится к тому, чтобы совместно с ним сформулировать проблему, предложенную пациентом к рассмотрению. Важная цель ПО-терапии заключается, следовательно, в создании такого общего языка, каким будут описываться все последующие психотерапевтические шаги. Это не однократная процедура, а линия поведения, осуществляемая на протяжении всего психотерапевтического процесса. Цель здесь в достижении все более ясного понимания сложной взаимосвязи обстоятельств, в которые уходит своими корнями "проблема".

Марер считает, что необходимо объяснять происхождение отдельных составных частей интегральной теории. Он полагает, что недостаточно было бы сказать, что психоаналитические элементы объединяются с элементами гештальт-терапии или элементы поведенческой терапии с когнитивными элементами и так создается нечто новое. Следует более подробно разъяснять, как такая связь осуществляется. В нашем учебнике мы достаточно подробно рассказываем, откуда заимствуются те или иные элементы ПО-терапии, и как они могут применяться. Главное при отборе таких элементов — поиск той "субъективной истины", которая устанавливается в ходе взаимодействия психотерапевта и пациента, занятых выбором цели психотерапии.

Отсюда следует, что "лицо" проблемно-ориентированной психотерапии не постоянно, оно выглядит иначе в каждом из случаев ее применения. Невозможно также заранее предсказать ход ПО-терапии. Тем самым мы хотим сказать, что "Когда-Что-Как-Для чего" должны устанавливаться для каждого конкретного случая. Это обстоятельство делает, казалось бы, нашу концепцию психотерапии уязвимой для критики, поскольку невозможно предсказать и контролировать в определенном смысле ход психотерапии в конкретном случае. Мы, однако, отнеслись бы к таким упрекам спокойно, понимая, что требования критиков выполнимы лишь при условии, что человек является замкнутой системой компьютера, а не открытой системой, живым существом.

2.4. Проблема глазами пациента

2.4.1. "Субъективная теория болезни"

Различие между многими школами психотерапии, в частности — в том, как они видят и оценивают причины симптоматического поведения. Любая сколько-нибудь серьезная стратегия психотерапевтического вмешательства заключается соответственно в том, чтобы разъяснить пациенту соответствующие причины. Это делается в надежде на то, что результатом новой и адекватной оценки проблемного поведения будет новая когнитивная ориентация, которая в конце концов окажет положительное влияние на поведение данного индивида. С такой стратегией вмешательства всегда бывает связана попытка изменения привычных и одновременно дисфункциональных ("невротических") черт пациента в духе соответствующей теории психотерапии. Такие теории содержат указания относительно того, какие характеристики или схемы приемлемы и способствуют решению проблемы, а какие нет. Соответствующие правила мы встречаем не только в когнитивной психотерапии, но и во всех глубинно-психологических и гуманистических подходах.

Оценка и направленное изменение субъективного понимания причин болезни присущи, очевидно, всем вербальным формам психотерапии. Пациенты должны понять, что их прежние представления о причинах их заболевания ошибочны, и что существует лучшее, научно обоснованное понимание болезни.

И мы в ПО-терапии придаем большое значение изменению субъективного объяснения причин заболевания.

В отличие от большинства школ психотерапии мы не считаем концепции пациента заведомо "дисфункциональными" (как это делают в когнитивной психотерапии) или "рационализациями", защитными механизмами (как это принято в школах глубинной психологии). Мы считаем "субъективные теории болезни" весьма важными характеристиками индивида, отражающими не только сугубо личную точку зрения этого человека, но и присущее ему понимание социальной и культурной реальности, в которой он живет.

П р и м е р. Медицинская сестра 34 лет, незамужняя, видит связь между испытываемыми ею приступами паники и агорафобии и ее отношениями с инженером того же возраста, занимающим важную должность. Она начала испытывать приступы страха примерно семь лет назад, когда познакомилась с этим мужчиной. (Главным в ее "личной" теории является то, что она видит связь между страхами и проблемами в ее отношениях с мужчиной.) В отличие от нее ее друг ведет себя уверенно, относится к ней обычно свысока и часто бывает агрессивен. До сих пор ей не удавалось успешно противостоять ему (страх, по мнению пациентки, как-то связан с агрессивностью и общим стилем его поведения). Не могла она и развивать с ним отношения. Мысли о разрыве также вызывают у нее сильнейший страх, объяснений которому она вообще не находит. Однако отношения причиняют ей большие страдания. Это явно тот элемент ее переживаний, которому она пока не может найти места в созданной ею концепции проблемы; однако, она, чувствует, что ее теория нуждается в дополнении. Пациентка, таким образом, понимает, что ее страх особенно усиливается тогда, когда она чувствует потребность в независимости, не желает быть контролируемой и хотела бы распоряжаться собой. (Ее субъективная теория болезни гласит: если невозможно будет в полной мере реализовать ее потребность к самостоятельности, это приведет ее к болезни.) На протяжении всей ее жизни проблема самостоятельности всегда имела для нее первостепенное значение. Поэтому она никак не могла понять, почему она выбрала такого человека, который постоянно ограничивает ее в удовлетворении этой важной для нее потребности (здесь в теории ее болезни снова обнаруживается пробел, в существовании которого пациентка отдает себе отчет).

П р и м е р. Учительница 28 лет полтора года испытывает мучительное чувство внутренней пустоты. Ее посещают также мысли о самоубийстве. Часто она воспринимает себя как постороннего человека. Начались эти неприятности, когда пациентка решила переехать из родительского дома в собственную кооперативную квартиру. После принятия этого решения пациентка стала испытывать сильный страх. Возникновение этого состояния, было для нее неожиданным, объяснить которое она не могла. Психиатрическое лечение антидепрессивной терапией, нисколько не изменило ее состояние: чувство страха сохранялось. За два месяца до обращения к ПО-терапевту пациентка предприняла серьезную попытку самоубийства, к которому она тщательно готовилась и долго обдумывала. Пациентка считает, что ситуация, в которой она оказалась, — результат проблем, имевших место в прошлом. Объяснить, однако, что это за проблемы, она не может. Это вообще характерная черта многих субъективных теорий болезни: пациент считает, что причины теперешней проблемы забыты им или подверглись вытеснению. (Отсюда следует, что теория болезни, предлагаемая глубинной психологией, стала всеобщим достоянием.)

Одновременно эта пациентка выдвигает еще два дополнительных объяснения. Она видит в своей депрессии неотвратимый удар судьбы, с которым необходимо смириться. (Фаталистический компонент теории болезни.) И, наконец, пациентка считает свою проблему обусловленной биологически: проблема, дескать, связана с процессами в мозгу

и, таким образом, не поддается контролю с ее стороны.

Этот пример свидетельствует о потребности больного человека найти приемлемое объяснение своего психического и физического состояния. Нередко такие субъективные теории содержат противоречия. Изо всех сил стараясь заинтересовать психотерапевта своей проблемой и получить эффективную помощь эта пациентка выдвинула одновременно три теории.

В силу различных причин психологически целесообразно приписывать определенным способам поведения неосознаваемые, т. е. недоступные сознанию мотивы, особенно в тех случаях, когда сам человек не может объяснить свое поведение или свои симптомы. Поведением человека управляют, однако, не только неосознаваемые мотивы, но и осознаваемые им намерения, планы и цели. Подобно ученому, формулирующему ту или иную теорию, люди выдвигают гипотезы, касающиеся наблюдаемого поведения и переживаний, делают из них определенные выводы в отношении поведения и проверяют их в реальной жизни. Еще в начале нашего столетия психологическая наука начала интересоваться тем, как люди объясняют свое поведение с помощью так называемых "дилетантских теорий". Но лишь в последнее время "субъективные теории" снова вызывают интерес академической психологии (см. Грёбен, Шиле) (Groeben, Sheele). Главный вопрос, возникающий при обращении к этой проблематике, таков: какой репертуар объяснений, какие наивно-психологические теории находятся в распоряжении обычного человека и какие он использует, когда пытается объяснить свое поведение и поведение других людей?

В отличие от большинства школ психотерапии в ПО-терапии мы рассматриваем "субъективные теории болезни" не как помехи в психотерапевтическом процессе, подлежащие устранению, а как часть "когнитивного фонда" индивида, который представляет интерес для психотерапевтов и заслуживает признания ими. Мы не скрываем своего интереса к этим "наивно-психологическим теориям", используемым нашими пациентами для объяснения своих проблем. В них мы находим совершенно особенные сочетания обоснований, важные образцы языка, вообще способ видения мира, присущий данному человеку.

Правильно понять человека, обращающегося за психотерапевтической помощью, мы можем лишь в том случае, когда нам бывает открыт мир его субъективного мышления. Понимание этого мира определяет направленность психотерапевтической работы и позиции психотерапевта. Мы уделяем здесь так много внимания вопросу субъективных теорий болезни потому, что за долгие годы психотерапевтической работы на основании собственного опыта пришли к убеждению, что адекватное понимание субъективных концепций наших пациентов — один из важнейших факторов психотерапевтического воздействия.

Одним из центральных элементов ПО-терапии является внимание к теоретическим концепциям пациента, касающимся его повседневной жизни, особенно если они связаны с его проблемной ситуацией. Здесь, по нашему мнению, кроются предпосылки целостного и реалистического понимания пациента психотерапевтом и успешного завершения психотерапевтического процесса.

2.4.2. Субъективная теория болезни как предмет психотерапии.

Идея о необходимости более целенаправленно и последовательно чем прежде обращаться к мыслям и представлениям пациента получила признание в психотерапии лишь в последние годы и тогда же был введен термин **"субъективная теория болезни"** (Томмен и др.,1990). Прежде субъективным теориям болезни внимание чаще уделялось в связи с соматическими заболеваниями (Линден, 1985, Турн и др., 1986, Бишофф и Зенз, 1989, Фоллер 1990). В психотерапевтических кругах эта тема затрагивалась сравнительно

редко.

Такая ситуация связана с тем, что для психотерапевтов интерес к субъективным концепциям проблемы является чем-то само собой разумеющимся, поскольку в психотерапии речь идет прежде всего о субъективности человека.

Большинство психотерапевтов исследует, в частности, как пациенты интерпретируют свое поведение и других людей. Психотерапевты выявляют, как пациенты упорядочивают и организуют противоречивые представления и фантазии. Они пытаются воссоздать субъективное мировоззрение своих пациентов. Так что в этом смысле мы не делаем в ПО-терапии что-то новое или особенное, а открыто и четко говорим о том, что уже часто делается в практике, преимущественно несистематически и нередко без достаточного внимания.

Исследования подтверждают, однако, предположение, что психотерапевты осуществляют свои действия, руководствуясь главным образом своими теориями и много реже принимают при этом во внимание представления своих пациентов. (Димсдайн и др. 1979, Филлипс и др. 1984). Многие психотерапевты обращают внимание в первую очередь на искажения в созданных пациентами концепциях или на их дисфункциональность. Такое отношение, увы, мешает увидеть симптомы или проблемы как часть и результат определенного конкретно-субъективного видения мира. Подобным образом звук воспринимается как мелодия лишь тогда, когда этот звук мы слышим в контексте всего музыкального произведения.

Мы исходим из того, что психотерапевтические интервенции эффективны лишь тогда, когда встраиваются в конструкцию, созданную пациентом. Если они учитывают стиль, тональность и тематику всей композиции, то могут стать прелюдией, сопровождающей мелодией или контрапунктом.

Другая черта субъективных теорий болезни заключается в том, что они выступают часто как концентрированное описание общественных или социальных конфликтов. Сам пациент не может распознать этот факт и интерпретирует свои трудности или симптомы как "чисто личные". Полагая, что лишь он один сталкивается с подобными трудностями. Причину своих неудач он видит в нехватке у себя способностей. Нередко подобные теории болезни сочетаются с мучительным чувством вины. Типичным примером в этом отношении могут служить женщины, испытывающие чувство вины в связи с булимическими нарушениями аппетита. В начале психотерапии эти женщины редко бывают в состоянии увидеть в своей симптоматике результат оказываемого на них общественного или социального давления или предъявляемых им требований, а объясняют болезнь своим стремлением "быть стройной и иметь высокую самооценку".

От научных теорий требуется, в частности, чтобы они не содержали противоречий. К субъективным теориям мы, разумеется, не можем предъявлять таких высоких требований. В силу их близости к повседневной жизни и влияния, оказываемого на их формирование историей жизни индивида они своей сложностью и емкостью значительно превосходят любые научные теории.

Если продолжить сравнение с научными теориями, то можно сказать, что субъективные теории возникают в процессе взаимодействия человека с его окружением. Восприятие человеком феноменов внешнего мира представляет собой сложный процесс отбора и интерпретации, в ходе которого осуществляется сравнение воспринимаемых феноменов с уже существующими образами и схемами. В результате указанные феномены усваиваются воспринимающим или, наоборот, отвергаются им как неподходящие, что чаще всего происходит параллельно с изменением представлений о внешнем мире. В психоанализе в таких случаях говорят об интроекции и процессах идентификации, или же о проекции и процессах переноса. Пиаже (1976), посвятивший всю свою жизнь изучению этих процессов с позиций психологии развития, назвал такие

явления "ассимиляцией" и "аккомодацией" когнитивных структур.

Пол Вацлавик, на которого мы уже ссылались, говорит о нерешенном противоречии между тем, как *обстоят* дела, и тем, как они согласно мировоззрению многих людей *должны обстоять*. Страдания, испытываемые в результате подобных противоречий, и заставляют людей обращаться за помощью к психотерапевтам.

Различия между фантазиями и реальностью побуждают некоторых людей заняться тем или иным видом творческой деятельности, но многие не желают заниматься такими бессмысленными (по их мнению) философскими вопросами и посвящают себя более практичным занятиям. И, наконец, имеется третья группа людей (часто называемых "невротиками"), которые явно страдают от невозможности устранения различий между "должно быть" и "есть". В этой связи Вацлавик цитирует одно из высказываний Эпиктета:

"Не сами вещи беспокоят нас, а наши мнения об этих вещах".

Если мы хотим быть хорошими психотерапевтами, то нам, разумеется, следует стараться адекватно представлять мировоззрение нашего пациента. Для этого часто бывает необходимо понять, как на протяжении жизни складывались его схемы восприятия и интерпретации. Это один из основных элементов психотерапевтической работы. В краткосрочной же психотерапии, а следовательно, и в ПО-терапии, особый интерес представляет связанный с возникновением и существованием проблемы сегмент мировоззрения пациента, который заставляет человека обращаться к психотерапевту. В случае болезни или нарушения душевного равновесия в таком сегменте обычно в концентрированном виде, содержатся основные положения мировоззрения человека. В этой связи становится совершенно очевидной необходимость упорядочения и толкования повседневного опыта пациента и его восприятий, что позволяет затем перейти к целесообразным действиям.

2.4.3. Функция субъективной теории болезни

Смысл всех субъективных теорий болезни заключается в том, чтобы экзистенциальный опыт, полученный во время болезни, сделать доступным пониманию, а следовательно, и контролю в текущей жизненной ситуации.

Проблемы, причиняющие страдания нашим пациентам, мы можем в определенной степени подвергнуть объективному анализу, проанализировать, например, логику их возникновения, социальные функции, а также рассмотреть их в свете той или иной теории психопатологии или теории личности. Иногда с помощью такого профессионального анализа нам удается увидеть драматическую психологическую проблему со стороны, при этом используя принятые правила обобщения и объяснения. Объективный анализ проблемы позволяет, таким образом, объяснить общие и относящиеся к личности взаимосвязи, а также классифицировать симптоматику. Мы даем проблеме название, разъясняем пациентам то, что нам известно, и что мы узнали на основании опыта работы с другими пациентами. Рассказываем также о других трудностях, которые могут быть следствием данной проблемы, а также о возможных направлениях дальнейшего хода болезни и т.д. Каждый психотерапевт знает, что подобный образ действий может существенно облегчить страдания пациента.

Подобный взгляд на проблему "со стороны" должен дополняться анализом того представления о проблеме, которое существует у самого пациента. Поэтому мы обращаем внимание и свое, и пациента, на те "наивные теории", которые в числе прочих факторов, влияют на его поведение, субъективную концепцию его переживаний и действий. Мы поступаем так в надежде помочь ему осознать, какими он видит мир и свои поступки, какие схемы объяснения ему присущи, и какими мотивами и целями он руководствуется в своем поведении.

Здесь наш подход совпадает с требованиями, предъявляемыми к

психотерапевтическим концепциям Граве. Граве считает, что основным направлением работы должно быть *создание у человека нового представления о себе самом* и указывает на одну из важнейших целей психотерапевтического воздействия. На практике это означает, что мы совместно с пациентом снова и снова должны задавать один и тот же вопрос: соответствует ли и, если да, то в достаточной ли мере его объяснения тому, что действительно происходит в его жизни.

Обычно теории многих наших пациентов, касающиеся их проблем, бывают недостаточно полными или неадекватными. Так, например, пациент, объясняющий кризисную ситуацию в своей жизни исключительно "ударом судьбы" и, тем самым, упускающий из виду всю сложность условий его жизни, заведомо лишает себя возможности своими силами справляться с имеющимися у него проблемами. В этом случае явно целесообразно совместно с пациентом предпринять поиск новых объяснений. В соответствии с положениями ПО-терапии мы бы предложили ему не просто научное объяснение его жизненной ситуации, а обратились бы к "субъективной герменевтике*, [*Герменевтика — искусство толкования, объяснения. — *Прим. переводчика*.] которую, пусть частично, можно было бы "встроить" в "картину мира" пациента. В конце концов проблемы, с которыми пациент сталкивается в определенной ситуации, могут быть поняты лишь тогда, когда мы учитываем также их субъективные предпосылки. Многие психические проблемы возникают именно потому, что субъективная теория не соответствует объективной жизненной ситуации.

В этой связи возникают следующие вопросы:

♦ Какие основные предположения высказывает пациент относительно своей проблемы, какие ожидания он с ней связывает?

♦ Какие когнитивные модели, концепции или схемы он использует для того, чтобы объяснить все те обстоятельства, которые породили его проблему?

♦ Как он оценивает свою роль в возникновении проблемы? Какова здесь роль других лиц -- близких ему и значимых для него?

♦ Считает ли он себя жертвой судьбы или других высших сил?

♦ Ищет ли он естественно-научные объяснения, например, биологические или психо-социальные?

Зная, как пациент пытается объяснить свою проблему, мы можем своевременно выявить выводы и обобщения, какие он делает, и, если необходимо, высказать свои возражения с целью изменения представлений пациента.

Одна из важнейших целей психотерапии — способствовать сокращению дистанции между внутренней картиной мира пациента и внешней "реальностью" и нормами. Мы называем это "новым пониманием самого себя".

В традиционных школах психотерапии проблемы пациента стараются сформулировать на языке соответствующей теории психотерапии. Психоаналитик, например, дает такую формулировку: "Пациент, испытывающий сильное напряжение, сталкивается с проблемами "Сверх-Я”. Если бы этот же пациент обратился к специалисту по поведенческой терапии, то диагноз звучал бы так: "дисфункциональность или отсутствие социальной компетентности". Смысл таких формулировок заключается не только в стремлении упростить проблему, но и показать, что решить ее можно с помощью методов, присущих данной психотерапевтической школе. Такой подход, безусловно, оправдан и с научной точки зрения обоснован. Однако одновременно он порождает трудности: пациент как "объект" психотерапевтического воздействия должен соответствовать мышлению и языку психотерапевта. Здесь понимание проблемы пациентом на бытовом, житейском уровне подменяется профессиональным пониманием проблемы психотерапевтом или же с помощью процессов абстрагирования изменяется так, чтобы соответствовать ему. В результате нередко упускаются из вида некоторые

существенные, субъективно важные аспекты проблемы, укорененность проблемы в повседневной жизни.

3. ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ КОНЦЕПЦИИ ПО-ТЕРАПИИ

Проблемно-ориентированной психотерапии присущи следующие основные черты:

- ♦ Ориентированность на проблему
- ♦ Ориентированность на пациента
- ♦ Плюрализм методов
- ♦ Структурированность

Эти черты определяют сущность ПО-терапии и обусловливают характер психотерапевтического процесса (см.также гл. 4 и 5), Они служат ориентирами психотерапевту на протяжении всей психотерапии, а пациент получает возможность следить за ее ходом.

3.1. Ориентированность на проблему

Под проблемой мы понимаем чрезмерность требований, предъявляемых к адаптационным возможностям пациента. Такая перегрузка может быть следствием и недостаточных внутрипсихических ресурсов, обусловленных историей жизни пациента, и предъявляющих особенно высокие требования обстоятельств его теперешней жизни. Проблемы могут вести к дисфункциональным восприятию, мышлению, эмоциям и/или поведению.

Наличие проблемы ограничивает возможности адекватного приспособления человека к реальным условиям жизни; сужает свободное пространство, в котором строится его жизнь, и мешает ему увидеть ресурсы решения проблемы. Речь, таким образом, идет о *многомерном явлении*, включающем как текущие условия, порождающие проблему и способствующие ее сохранению, и их последствия, так и тот фон, которым служит история жизни пациента и ее функциональное значение для межличностных отношений. Анализ проблемы, с помощью которого и получают определение проблемы, охватывает все выше перечисленные слагаемые (см. разд. 5.3 и 5.4).

Следует проводить различие между комплексным понятием "проблемы" и понятием "симптомы". Часто пациенты говорят в первую очередь о симптомах. Как правило, однако, симптомы представляют собой лишь один из аспектов проблемы или феномен, лежащий на ее поверхности. Кроме того, понятие "симптом" обычно предполагает упрощенную модель объяснения, в основе которой лежит линейная причинность, а этого в большинстве случаев для психотерапии мало. Ориентированность на проблему означает, таким образом, что целью психотерапии является не только устранение симптомов, но и решение стоящих за ними проблем.

Мы не употребляем устоявшийся термин "фокус", поскольку его происхождение связано с психоаналитической концепцией. Хотя в силу эклектического характера нашей концепции (см. разд. 2.3. и 3.3.) тот или иной подход из числа так называемых фокусных психотерапевтических подходов вместе с присущими ему специфическими метатеоретическими и методическими положениями может выступать как особый случай или один из частичных аспектов проблемно-ориентированной терапии.

Отказ от чисто симптоматического подхода и концепции фокуса позволяет подходить к проблеме пациента не догматически.

Руководствуясь как психотерапевтическими, так и дидактическими соображениями, в ходе психотерапевтической работы мы отдаем предпочтение индуктивному методу: психотерапевт выдвигает гипотезы-объяснения на основании конкретных проявлений проблемы, а также понимания и переживания проблемы пациентом. Такой подход к проблеме отличается от дедуктивного метода, когда определение проблемы выводится из тех или иных схем мышления (метатеория психотерапевта, предрассудки пациента, ставшие его установками).

Использование индуктивного метода означает, что при совместной психотерапевтической работе внимание бывает направлено на обеспечение обоим участникам процесса возможности заниматься конкретной проблемой, а не вести теоретические дискуссии, не имеющие прямого отношения к проблеме.

Обычно пациенты приходят с жалобами на многочисленные трудности, испытываемые ими в жизни. При проблемном подходе психотерапевт совместно с пациентом определяют главную проблему из тех проблем, с которыми пациент сталкивается в своей жизни. Это должна быть проблема, решение которой возможно с помощью психотерапии за ограниченное время, или же проблема, для решения которой сейчас может быть разработана стратегия, а само решение проблемы осуществляется позже. Сознательное ограничение одной проблемой, а тем самым и постановка ограниченных и реалистических целей, имеет то психотерапевтическое и дидактическое преимущество, что психотерапевтический процесс становится "открытым", доступным обозрению, ориентированным на целенаправленную работу, а радость успехов, пусть и небольших, способствует ходу процесса и повышает веру в себя у обоих его участников. Кроме того, оказалось, что многие пациенты положительно реагируют на предложение сконцентрировать усилия на основной проблеме и сделать психотерапию "прозрачной".

3.2. Ориентированность на пациента

Представляется само собой разумеющимся, что психотерапия осуществляется с учетом способностей, потребностей и целей пациента. Под ориентированностью на пациента мы понимаем не только симпатию и эмпатию в отношении пациента, но и конкретную направленность психотерапевтической работы, которая трактуется как сотрудничество между пациентом и психотерапевтом. При таком подходе психотерапевт в ходе психотерапевтических отношений воспринимается пациентом не только как психотерапевт, но и как человек и партнер по работе. Таков один из существенных аспектов прозрачности психотерапии, когда становится возможным принятие психотерапии пациентом. Другими особенностями ПО-терапии являются ориентированность на проблему и ограниченность во времени.

В начале психотерапии не только определяется время проведения сессий, но пациенту даются исчерпывающие объяснения основных элементов концепции ПО-терапии, чтобы он мог решить, подходит ли ему такая психотерапия. Ориентированность на пациента предполагает создание предпосылок для активного участия пациента в психотерапии. Ему предстоит выступать инициатором психотерапии и активным ее участником. А это значит, что исходным моментом и основой психотерапевтической работы должно быть понимание пациентом проблемы, т. е. своей "субъективной теории болезни" (см. также разд. 2.4.). От субъективной теории болезни зависит подход к объяснению проблемы и нахождение решения, в котором пациент может принять активное участие. Задача психотерапевта — побудить пациента к этому. Психотерапевт должен вдуматься в модель объяснения, предлагаемую пациентом, проанализировать ее совместно с ним, и затем предложить определение проблемы, содержащее предложения

по конкретным стратегиям ее решения. Важно, чтобы этот процесс был возможно более "прозрачным" и для пациента. Только в этом случае пациент сможет принимать активное участие в выборе целей и стратегий психотерапии.

Ориентированность на пациента означает, что психотерапевтическая работа строится в первую очередь в зависимости от характера проблемы пациента, понимания им проблемы, его представления о цели психотерапии. И лишь затем на организацию такой работы оказывают влияние теории и система ценностей психотерапевта.

Этот психотерапевтический принцип в значительной мере определяет позиции психотерапевта (см. разд. 4.2.); в соответствии с ним психотерапевт должен попытаться непредвзято рассмотреть проблему пациента и выслушать его, что он сам может сказать о своей ситуации. Другими словами, психотерапевту наряду с эмпатией должна быть присуща способность совершенствовать свое понимание и интуицию. Тогда уменьшается опасность того, что психотерапевт станет подменять реальность своими психотерапевтическими конструкциями и будет формулировать проблему пациента, исходя из своих теорий.

3.3. Методический плюрализм

Под методическим плюрализмом мы понимаем прагматический подход, предполагающий использование многих методов. В этом случае психотерапевт в своей работе руководствуется не теорией того или иного психотерапевтического направления, а прежде всего решает практическую задачу: как за непродолжительное время, отводимое на краткосрочную психотерапию, можно наилучшим образом добиться изменений, соответствующих представлениям пациента о цели психотерапии. Для этого различные психотерапевтические методы в ходе психотерапии могут применяться, чередуясь друг с другом, параллельно или одновременно, интегрировано. Вышесказанное означает не беспорядочное обращение к множеству методов, а дифференцированное использование различных методов для решения частных задач, представляющих собой разнообразные аспекты проблемы (см. разд. 7.2.).

Принцип плюрализма методов, осуществляемый в ПОТ, предполагает использование следующих методов:

- ♦ активизации сознания,
- ♦ изменения шаблонов мышления и установок,
- ♦ решения проблем,
- ♦ изменения поведения,
- ♦ активизации переживаний,
- ♦ расслабления и улучшения восприятия пациентом своего тела,
- ♦ поддержки,
- ♦ системных изменений.

(Более подробное описание этих методов см. в разд. 8.1 -8.7.)

Названные методы заимствованы из известных школ психотерапии. Мы же стремимся применять их недогматически в соответствии в концепцией ПО-терапии руководствуясь тем, насколько они подходят для решения проблем наших пациентов, и отдаем себе отчет, что на практике всегда вступают в действие различные факторы, ограничивающие возможность применения тех или иных методов. К числу таких факторов относятся, например, способности пациента и интерес к психотерапевтической работе, а также опыт психотерапевта.

Поскольку ПО-терапия не ориентирована на одну какую-либо психотерапевтическую школу, опытный психотерапевт получает возможность использовать весь спектр своих умений. В то же самое время такая независимость от школ позволяет и менее опытному психотерапевту целенаправленно работать с использованием своих ограниченных средств, если он в своей работе будет осуществлять структурирование, о котором рассказывается в следующем разд.е.

3.4. Структурирование

Мы уже подчеркивали, что ПО-терапия предполагает целенаправленные и активные действия. Во времени она бывает ограничена 15—20 сессиями. При этом необходимо, с одной стороны, иметь в своем распоряжении достаточно времени для установления прочных и конструктивных психотерапевтических отношений, а с другой, осуществлять совместную работу спокойно, несмотря на **лимит времени**. Это требование приобретает особое значение при работе с пациентами, не отличающимися способностями выражать словами происходящее с ними и осуществлять интроспекцию. Не особенно опытному психотерапевту для работы также требуется больше времени. С другой стороны, в соответствии с нашей концепцией период психотерапии должен быть легко обозримым для обоих участником ее процесса. При периодичности одна сессия в неделю этот период составляет полгода. Число сессий само по себе играет, однако, не столь важную роль, как решение о максимально возможном числе сессий, **принимаемое совместно** в ходе первой встречи пациента с психотерапевтом. Наш опыт показывает, что когда оба участника процесса психотерапии знают срок ее обязательного завершения, это создает специфическую динамику процесса, заставляет как пациентов, так и психотерапевтов концентрироваться на существенном.

Наряду с такими внешними ограничительными рамками помощью в целенаправленном ведении психотерапевтического процесса служит внутреннее структурирование ПО-терапии. С этой целью мы разработали **структурную схему**, предполагающую ступенчатое расположение элементов психотерапии (см.гл. 5). Каждая ступень психотерапии служит базисом для последующей ступени. Мы сознательно говорим не о фазах психотерапии, отдаленных друг от друга. На самом деле скорее имеет место постепенный переход, возвращение же к предшествовавшим ступеням всегда возможно в ходе психотерапии, а часто и необходимо. На основании стратегии решения проблемы, принятой в когнитивной психотерапии, мы подразд.яем процесс психотерапии на следующие составляющие:

Ступени психотерапии

1. Создание устойчивых доброжелательных отношений и установление конструктивных рабочих **отношений** между пациентом и психотерапевтом как прочный фундамент всего процесса психотерапии.
2. **Изложение проблемы** пациентом, включая его "субъективную теорию болезни".
3. **Анализ проблемы** с учетом существующих в настоящее время условий, истории жизни пациента и функционального значения проблемы.
4. **Определение проблемы**, постановка цели и планирование психотерапии.
5. **Проработка проблемы** и использование полученных результатов в реальной жизни вне рамок психотерапии.
6. Завершение психотерапии.

Представленный выше план может служить ориентиром для психотерапевтов. Мы не считаем его жесткой схемой, в соответствии с которой должна проходить психотерапия. Необходима гибкость в подходе, учет характера проблемы. Сказать заранее, сколько времени займет та или иная ступень психотерапии и каков ее удельный

вес в общем процессе невозможно. Существуют, например, проблемы, решение которых в значительной мере зависит от анализа условий их возникновения и здесь соответствующей ступени отводится очень много времени. В других случаях упор делается на опробование новых схем поведения или на разъяснение взаимодействия между психотерапевтом и пациентом. (Подробно о названных выше ступенях психотерапии см. разд. 5.1.-5.6.)

4. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

4.1. Позиция психотерапевта

Эмпатическое слушание. Пациент ищет понимания и помощи. Соответственно деятельность психотерапевта заключается в демонстрации понимания и в осуществлении мероприятий, воспринимаемых пациентом как помощь.

Понимание в ходе общения в первую очередь проявляется в эмпатическом слушании.

Под эмпатией понимается частичная идентификация психотерапевта с пациентом, позволяющая психотерапевту разд.ять испытываемые пациентом чувства, сохраняя в то же время определенную дистанцию между собой и пациентом. В ходе общения психотерапевт то уменьшает, то увеличивает эту дистанцию. Эмпатию не следует путать с симпатией, означающей идентификацию с пациентом, безоговорочное согласие с ним, что затрудняет сохранение определенной дистанции между пациентом и психотерапевтом, часто необходимой в психотерапии.

Слушание заключается, с одной стороны, в молчаливом внимании, с другой в репликах, показывающих пациенту, что психотерапевт его понимает.

Этого можно добиться с помощью поясняющей перефразировки сказанного пациентом, как это делается в школе Роджерса.

Вербальное общение сопровождается контактами взглядов, соответствующей мимикой, кивками, а также изменениями пространственной дистанции между клиентом и психотерапевтом.

Особое внимание следует уделять следующему:

— Слушай до тех пор, пока ты в достаточной мере понимаешь то, что пытается сообщить пациент. Если не понимаешь, скажи об этом пациенту. Задай вопросы.

— Не позволяй пациенту делать продолжительные паузы. Молчание в психотерапии не желательно. Когда нить разговора обрывается, можно продолжить начатую тему, подтверждая сказанное пациентом, или развивать ее так, чтобы пациент увидел возможности благоприятного решения своей проблемы. Следует иметь в виду, что продолжительное молчание увеличивает дистанцию между пациентом и психотерапевтом, и создает впечатление о превосходстве и власти последнего, а это провоцирует ненужные реакции переноса.

Внутренний покой. Важную роль в отношениях пациент-психотерапевт играет такое психическое состояние психотерапевта, которое может быть охарактеризовано как внутренний покой, самообладание. Беспокойство или страх, проявляемые психотерапевтом в ходе его отношений с пациентом, мешают улучшению состояния последнего.

С внутренним покоем связана также позиция открытости. Она заключается в

готовности и способности психотерапевта принимать все то, что пациент говорит и делает, избегая оценочного подхода. В этом заключается различие между психотерапевтической позицией и обычными отношениями между двумя индивидами.

Уважительное отношение к пациенту. Психотерапевт исходит из того, что он и пациент в своих отношениях равноправны. Психотерапевт как человек не обладает превосходством над пациентом, он может быть лишь более компетентным в профессиональном отношении, что объясняется его опытом и знаниями.

Частью уважительного отношения к пациенту является принятие его со всеми присущими ему качествами. Психотерапевту следует с уважением относиться к предложенной пациентом "модели болезни", к его этической позиции. Искренность психотерапевта вызывает уважение к нему, в то время как морализаторство означает попытку доказать свое превосходство, отсутствие уважения к пациенту. Оценочные высказывания не входят в репертуар психотерапевта.

Интроспекция. Восприятие себя в качестве объекта — непременная составная часть позиции психотерапевта. Состояние, самочувствие психотерапевта зависят от обстоятельств, как не имеющих ничего общего с пациентом, так и связанных с ним. Часто оба компонента сливаются.

Идеальным можно считать такой случай, когда психотерапевт благодаря полученному им образованию и остроте восприятия знает себя настолько хорошо, что распознает отклонения от своего "среднего состояния", вызванные пациентом.

Он может, например, обнаружить, что проявляет нетерпение, испытывает скуку или злость. Такие чувства он может воспринимать как указания на необходимость что-то предпринять в отношениях с пациентом. Хотя подобные "динамические проверки" не являются главной задачей ПО-терапии, они часто приносят пользу. Здесь можно воспользоваться психоаналитическими представлениями о динамике так называемых переноса и контрпереноса.

Рефлексия составляет основу деятельности психотерапевта. Постоянно обдумывание собственных мотивов, ведущих к тем или иным действиям, вопросы, направленные на то, чтобы выявить, в чьих интересах эти действия совершаются — пациента или собственных, — таковы основы рефлексии. В ходе рефлексии психотерапевту следует также спрашивать себя, способствует ли то или иное из его действий движению к намеченной цели и какова может быть последовательность этих действий как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективах. Упоминавшийся уже принцип гибкости позволяет психотерапевту заменять в случае необходимости одни действия другими.

Искренность. Искренность в отношениях и с самим собой, и с пациентом можно считать хорошим качеством. Искренность не равнозначна честности, которая может быть и разрушительной. Следует исходить из того, что оба партнера имеют право на собственное, недоступное для других, пространство. Если пациент настаивает на предоставлении ему такого пространства, то это не значит, что он против психотерапии. С другой стороны, если психотерапевт некритически изливает на пациента каждое свое чувство, то это создает часто неожиданные осложнения в отношениях. Высказывания психотерапевта, касающиеся его самого, уместны лишь тогда, когда они служат поддержанию психотерапевтических отношений и вносят в них большую определенность.

Профессионализм. Психотерапевт выступает в роли профессионала. Пациент, со своей стороны, выступает в роли человека, обращающегося за помощью. Такое разд.ение ролей естественно и не зависит от образа действий участников психотерапевтических отношений, благоприятствующих излечению.

Исход психотерапии в значительной степени зависит от способности

психотерапевта быть гибким в своей роли и проводить четкое различие между своей ролью и ролью пациента

В ходе первых сессий психотерапевт и пациент уясняют, в чем заключается роль каждого из них (см. разд. 4.3.). Психотерапевт должен исходить из того, что он не может взять на себя всю ответственность за пациента, вызвать в нем изменения или принудить его к изменениям. Эти факты не должны, однако, использоваться для оправдания пассивной роли психотерапевта. Если психотерапевт делает все от него зависящее, но достигает границ своих возможностей, то ему следует сообщить об этом пациенту. Отсюда не следует делать вывод, что пациент не имеет никаких шансов на излечение. Психотерапевт может исходить из того, что его возможности как специалиста лежат в определенном диапазоне. Границы этого диапазона зависят не только от знаний, какими он располагает, но и от его личностных качеств. Если становится заметным, что он достиг этих границ или даже перешел их, — время заново обдумать отношения с пациентом. И здесь необходима реалистичная оценка возможностей, и своих, и пациента. Психотерапевт сообщает пациенту, что границы возможностей каждого из них, т.е. и психотерапевта, и пациента не беспредельны. В рамках психотерапевтического контракта в ходе сессий (см. разд. 4.3.1 и 4.3.2) устанавливаются права и обязанности пациента. Гибкий подход к заключенному соглашению, исключающий догматизм, поможет избежать в психотерапии многих потенциально трудных ситуаций.

4.2. Психотерапевтическая позиция и образ действий психотерапевта в ПО-терапии

Каковы особенности образа действий и позиции ПО-терапевта? Обратимся к специфике ПО-терапии. Здесь будем исходить из соответствующей теории (см. гл. 2). Эклектический характер ПО-терапии влечет за собой определенные последствия для практикующего ее психотерапевта. Они связаны с основными чертами ПО-терапии.

4.2.1. Ориентированность на пациента

Для многих школ психотерапии и многих психотерапевтов собственные представления ("школа") составляют альфу и омегу психотерапии. Пациента помещают в идеологическое прокрустово ложе. Как представления об ориентированности на пациента проявляются в практической работе? Субъективной теории болезни, выдвигаемой пациентом, уделяется серьезное внимание, она используется при определении проблемы, а партнерские отношения в ходе работы сохраняются на протяжении всей психотерапии. Пациента не укладывают на прокрустово ложе той или иной психотерапевтической теории. Напротив, определение задач психотерапии, формулировка проблемы осуществляются совместно с пациентом и весь ход психотерапии мы стараемся сделать, насколько это возможно, понятным пациенту. Ярким примером вредных последствий догматической позиции психотерапевта, считающего единственно верной лишь свою точку зрения и отвергающего ошибочную, по его мнению, теорию пациента, может служить случай одного из "психосоматических" пациентов. Этот пациент считал, что его головные боли носят чисто соматогенный характер, психотерапевт же, напротив, настаивал, на психогенном происхождении боли. Отсюда следовали указания психотерапевта: "Вы здоровы, в физическом отношении все у вас в порядке, причины боли — психического характера". ПО-терапевт не только избегает подобной конфронтации, но идет навстречу пациенту с его собственным объяснением своей болезни. Он не станет отменять средство успокаивающее боль. Напротив, он возможно постарается, стремясь к психотерапевтическому эффекту, сделать так, чтобы пациент сосредоточил свое внимание на приеме медикаментов. Затем психотерапевт, осуществляя

свою стратегию, может применить упражнения для осознания пациентом своего тела или методы релаксации. Лишь позже, если в этом будет необходимость, будут задействованы психологические методы.

4.2.2. Ориентированность на проблему

С активной позицией психотерапевта тесно связано его внимание к проблемам пациента (см. разд. 5.2.-5.4.). В составленном совместно с пациентом контракте всегда говорится также и о цели психотерапии. Психотерапевтические мероприятия бывают направлены на решение ранее сформулированных проблем и психотерапевту бывает легче сосредоточить свое внимание на них, если язык его общения с пациентом бывает конкретным и четким. Психотерапевт не вдается в теоретические рассуждения, а оперирует конкретными материалами. Он не использует какие-либо специальные выражения, а постоянно ищет подтверждения того, что пациент его понимает, и сам старается понять пациента.

Определение проблемы (разд. 5.4.) представляет собой узловой момент всей психотерапии. Оно является отправной точкой. В то же время оно дает представление о цели. ПО-терапевт должен быть в состоянии длительное время держать в поле зрения исходный пункт и цель психотерапии. Проблемно-ориентированному подходу чуждо блуждание в потоке ассоциаций в тщетной надежде на то, что проблема выявится сама собой. Психотерапевтам, применяющим проблемно-ориентированный подход, требуется активность, острота реакции и гибкость.

4.2.3. Активность

Краткосрочность проблемно-ориентированной психотерапии обусловливает активный образ действий психотерапевта. В психотерапии, продолжающейся длительное время, исходят из того, что определенные темы снова и снова появляются на повестке дня, даже будучи уже однажды рассмотренными. В краткосрочной психотерапии психотерапевту надлежит быть более строгим при выборе тем. Одного процесса ассоциирования для психотерапевта здесь недостаточно. Он должен идти дальше. Вслед за поставленным вопросом "Что сообщает мне пациент сейчас:" должен следовать вопрос "А имеет ли это отношение к целевой установке?" Если психотерапевт решает, что нет, необходимо немедленное вмешательство. Активность позиции психотерапевта обусловливается необходимостью более четкого структурирования взаимодействия психотерапевта и пациента. Оно бывает тесно увязано с решением проблемы.

Основной смысл краткосрочной психотерапии заключается в том, чтобы как можно быстрее избавить пациента от явно не приносящих успеха стратегий, которыми он пользовался до сих пор (см. гл. 10) и найти новые, более подходящие для него решения. В краткосрочной психотерапии этого добиваются не только путем корригирующего опыта, получаемого пациентом в ходе психотерапевтических, межличностных отношений, но и путем активного изменения наблюдаемого поведения. В попытке совместно с пациентом решить проблему (см.разд. 5.2. и 5.3.) психотерапевт, руководствуясь принципом гибкости, должен предложить ему возможно большее количество альтернативных решений. При этом пациент получает представление о возможных подходах к решению проблемы, видит достоинства и недостатки каждого из них, а также узнает, когда хорошего решения не существует.

4.2.4. Гибкость

Можно с уверенностью утверждать, что эффективность психотерапевта определяется не его ориентацией на ту или иную теорию. Но от его ориентированности

зависит выбор им пациентов, выбор соответствующих проблем. Тот, кто ограничен теориями или методами одной школы, способен работать с более узким спектром пациентов, чем психотерапевт с недогматическими, гибкими установками.

Гибкость означает способность психотерапевта использовать в своей работе альтернативные идеи и приемы, не быть привязанным к одному методу или одной стратегии.

Приверженность внешним ритуалам, демонстрация своего превосходства над пациентом — признаки отсутствия у психотерапевта гибкости. Психотерапевт, которому присуща гибкость, ставит пациента в известность о других возможностях его лечения, о других психотерапевтах, когда он замечает, что его компетентности недостаточно для дальнейшей работы с пациентом.

Гибкость — одна из основных характеристик ПО-терапии.

4.2.5. Ободрение

Принцип надежды наряду с любовью относится к числу наиболее эффективных методов лечения. Человек, лишенный надежды, гибнет.

Поэтому важная задача психотерапевта — вселять в пациента надежду. Достигается это в первую очередь повышением самооценки пациента и посредством внушения.

Однако одной веры бывает недостаточно. Пациент должен почувствовать, что благоприятный исход, о котором ему говорит психотерапевт, в какой-то, хотя бы минимальной степени возможен. Добиваясь конкретных желательных изменений в своем поведении, пациент испытывает чувства, необходимые для обретения надежды. Психотерапевт не должен вызывать у пациента какие-либо нереалистические ожидания, представлять себя всемогущим. Смысл ободрения пациента в том, чтобы повысить его активность и усилить в нем чувство ответственности перед собой. Критика личности пациента, морализирование и действия, подрывающие надежду, несовместимы с психотерапией.

4.3. Ведение психотерапевтического процесса

4.3.1. Психотерапевтический процесс

Рассмотрим более подробно отношения между психотерапевтом и пациентом, складывающиеся в ходе ПО-терапии. Предлагаем модель этих отношений (рис. 3). Она имеет два измерения.

На горизонтальной плоскости — четыре показателя качества (уровня) отношений, на вертикальной — степень их осознанности, разная для каждого из показателей. Показатели качества отношений часто выступают одновременно. В зависимости от того как протекает психотерапия, от ее стадии (гл. 5), главенствующее значение приобретает то одна, то другая плоскость отношений.

♦ Первый, высший показатель качества отношений — "нормальные межчеловеческие отношения". Они всегда играют определенную роль в психотерапевтической ситуации, но особую значимость приобретают в начале и конце психотерапии. Поскольку совершенно равноправные, полностью симметричные отношения между пациентом и психотерапевтом невозможны, то отношения, свободные

от ролевой игры, бывают в ходе психотерапии лишь кратковременными, спорадическими и спонтанными. Если такое происходит в конце психотерапии, то можно говорить об удачном завершении психотерапевтической истории.

Мы говорим о нормальных межчеловеческих отношениях, исходя из убеждения в том, что не каждое проявление пациентом человеческих чувств, не каждый его душевный порыв следует возводить в ранг проблемы. Не каждая мысль пациента, не каждое его чувство должны становиться объектом изучения со стороны психотерапевта. Не каждый поступок или образ действий пациента обязательно влечет за собой психотерапевтические последствия.

♦ Второй показатель качества отношений называется "рабочий союз по Гринсону". Эти отношения определяются психотерапевтическим контрактом, другими словами, теми ролями, какие играют пациент и психотерапевт. Эти отношения бывают преимущественно рациональными, обычно в них не слишком много эмоций. Поведение пациента определяется буквой и духом контракта. На поведение психотерапевта накладываются профессиональные и личные нормы поведения, а также принятие им роли психотерапевта, в интерпретации той или иной школы.

♦ Третий уровень отношений — "уровень проблем", о котором часто говорят как об уровне переноса и контрпереноса. На этом уровне пациент излагает все то, что считает своими конфликтами и проблемами. Психотерапевт отвечает ему, осуществляя те или иные психотерапевтические действия. Психоаналитическая концепция отношений (перенос-контрперенос) в ПО-терапии выступает в несколько измененном виде. В первую очередь мы стремимся избежать в отношениях чрезмерного теоретического абстрагирования и не делаем упор на технику, что может иметь место при применении концепции переноса/контрпереноса. Совершенно очевидно, что на поведении обоих участников разговора сказывается как прошлый, так и теперешний опыт, различные аспекты отношений. Часть проблематики пациента может заключаться в том, что он распространяет свой прошлый опыт на психотерапевта и это проявляется в иррациональных, анахроничных и неосознаваемых действиях (перенос). В задачи психотерапевта входит выявление переноса. Однако не обязательно в ПО-терапии в каждом таком случае давать "интерпретацию". Кроме того, мы отказываемся трактовать реакции психотерапевтов на этом уровне как "контрперенос". Это скорее "чувства психотерапевта", которые он может попытаться подвергнуть рефлексии. На этом уровне отношений от психотерапевта, кроме того, требуется умение использовать свой жизненный опыт в интересах психотерапии. Если ему это не удается или удается лишь частично, то на уровне, который мы называем "уровнем стечения обстоятельств", происходит встреча проблемных аспектов личности пациента с такими же аспектами личности психотерапевта.

♦ Четвертый уровень — "уровень стечения обстоятельств". На этом уровне отношения имеют место в тех случаях, когда психотерапевт увязывает то, что представляет для него проблемы, с пациентом и его переносом.

На "уровне стечения обстоятельств" прошлый опыт психотерапевта оказывается помехой психотерапии. Термин "контрперенос" используется лишь в этом смысле.

Подобное "стечение обстоятельств" возникает в результате того, что психотерапевт вовлекается в неосознаваемую пациентом и им же устроенную инсценировку, в которой он, психотерапевт, берет на себя роль какой-то важной для пациента (в прошлом или настоящем) личности. Может получиться и так, что психотерапевт подобным же образом вовлекает пациента в свою собственную, порожденную конфликтами инсценировку, что существенно мешает ходу психотерапевтического процесса даже может привести к его

срыву.

Осознава емые
Неосозна ваемые

Обычные межчеловеческие отношения

Рабочие отношения

Проблемные отношения

“Стечение обстоятельств”

Рис.3. Четыре уровня психотерапевтических отношений

В ходе психотерапии эти четыре уровня взаимодействия имеют неодинаковое значение. Обычные межчеловеческие отношения имеют место на протяжении всей психотерапии, но проявляются ограниченное время, главным образом в начале и конце сессий, когда психотерапевт и пациент приветствуют друг друга или когда они прощаются, а также во время разговоров, не имеющих отношение к психотерапии. Значение этих отношений возрастает, когда психотерапия близится к завершению. Тогда повседневные отношения во все большей степени дополняют психотерапевтические ролевые отношения. Это сопровождается часто изменением тематики разговоров, во время которых начинают затрагиваться и вопросы, не имеющие большого значения.

Рабочие отношения начинаются не позже заключения психотерапевтического контракта и продолжаются до конца психотерапии. На этом уровне психологических отношений постоянно имеет место рациональное поведение их участников в ролях пациента и психотерапевта и вытекающие отсюда ролевые ожидания. Это оказывает непосредственное влияние на качество психотерапевтической связи. Трудности, возникающие в психотерапевтическом процессе, могут привести к изменению психотерапевтического контракта.

Проблемные отношения или психотерапевтические воздействия начинают играть важную роль прежде всего в центральной стадии психотерапии. На этой стадии, на фоне уже установившихся хороших отношений с психотерапевтом пациент решается открыто говорить о своих проблемах или о своем неадекватном поведении. Соответственно возрастает значение психотерапевтических воздействий.

То, что мы называем "стечением обстоятельств", может иметь место уже в самом начале психотерапевтического процесса, но в наибольшей степени проявление таких отношений возможно в центральной стадии этого процесса. По мере приближения к завершению психотерапии отношения такого уровня должны быть сокращены настолько, чтобы не мешать взаимодействию пациента и психотерапевта.

4.3.2. Психотерапевтический контракт

После уяснения показаний к психотерапии и составления образа действий психотерапевт предлагает пациенту заключить психотерапевтический контракт. Контракт содержит:

Обоснование выбранной формы психотерапии. Психотерапевт объясняет сущность предлагаемой им психотерапии, приводя при этом сведения об особенностях ПО-терапии. Для пациента особый интерес представляет сообщение об ограничении времени психотерапии. В каждом случае такое ограничение следует обосновать особенностями обстоятельств, в каких находится пациент. При этом важно объяснить пациенту, что

следует понимать под "ориентированностью на проблему". Пациенту сообщают, что вся психотерапевтическая работа будет направлена на решение немногочисленных, ограниченных проблем. Затем психотерапевт старается побудить пациента занять активную позицию и объясняет ему, что ему, психотерапевту, интересны соображения пациента, касающиеся решения проблемы. Затем речь идет о значении психотерапевтических отношений. Психотерапевт объясняет пациенту, что важные проблемы последнего могут находить отражение и в психотерапевтических отношениях. Пациент узнает, что то, что происходит в ходе психотерапевтических отношений, бывает не случайным, а может быть связано с его моделями поведения вне рамок психотерапии. Тем самым этим моделям поведения в ходе психотерапии уделяется особое внимание.

Формальные условия психотерапии. Психотерапевтический контракт содержит также пункт, касающийся примерного числа сессий. Психотерапевт объясняет, что, как правило, проводится 15-20 сессий и что ориентироваться следует на это число, но возможны и отклонения от этой нормы. В заключение обсуждаются вопросы оплаты. Здесь же оговариваются также такие моменты, как перенос времени сессий неявка в связи с болезнью и т.п.

4.3.3. Сессия

Инструментом ПО-терапии является разговор. Достаточно помещения, в котором можно было бы вести доверительный разговор в непринужденной атмосфере. Следует также иметь возможность установить кушетку или положить матрац, предназначенные для выполнения на них пациентом упражнений на расслабление.

Продолжительность сессии может колебаться от 25 до 50 мин, в зависимости от потребности пациента и возможностей психотерапевта. Продолжительность сессии следует устанавливать заранее, при заключении контракта, иначе возможны осложнения в психотерапевтических отношениях. Периодичность встреч также может быть различной. Как правило, сессии проводятся один раз в неделю.

4.3.4. Инструментарий психотерапевта, проводящего ПО-терапию

Факторы воздействия —общие для всех форм психотерапии элементы —можно считать основными инструментами психотерапии. В психотерапии, осуществляемой вербально (например, в ПО-терапии), этими инструментами служат вербальные формы интервенций, воздействий, осуществляемых психотерапевтом. Они бывают разными и зависят от психотерапевта, его принадлежности к той или иной школе, но, как уже говорилось, присущи всем формам психотерапии. Совершенно очевидно, что такое замечание психотерапевта как "а теперь давайте посмотрим, какие у Вас здесь трудности" с психотерапевтической точки зрения отличается от "Я здесь придерживаюсь другого мнения нежели Вы". Первое высказывание содержит предложение проанализировать когнитивное или эмоциональное содержание сказанного пациентом. Второе же представляет собой конфронтацию с точкой зрения другого человека, осуществляемую с намерением начать процесс обучения. Приводимые ниже образцы коммуникации или "инструменты" показывают возможности, какими располагает психотерапевт для активизации определенного поведения пациента.

"Когнитивное понимание": интервенции психотерапевта, которые ведут к разъяснению содержания мышления, анализу структур, выработке взглядов. Здесь речь идет об активизации аналитического мышления пациента, что часто приводит к интроспекции. Этот процесс может сопровождаться также возникновением эмоций.

П р и м е р. "Мне кажется, что Ваша теперешняя реакция как-то связана с Вашим старым опытом, к которому Вы постоянно обращаетесь в подобных ситуациях. И еще мне

кажется, что здесь Вы принимаете одного человека за другого".

"Понимание эмоций": речь идет об объяснении,, анализе, разъяснении и выявлении чувств, качества чувств и нюансов чувств. Этот подход отличается от "переживания эмоций" (см. ниже) тем, что в данном случае задача не в том, чтобы выразить эмоции, а чтобы их проанализировать и уяснить. Выявляется не содержание чувств, а только их наличие.

П р и м е р. "Можете Вы теперь сказать точнее, какое именно чувство Вы только что испытали? Гнев или печаль?"

"Переживание эмоций: высказывания, в которых главное — обращение к аффектам. При этом психотерапевт требует от пациента такого проявления эмоций, которое в крайнем выражении может вести к катарсису. Здесь, в отличие от "понимания эмоций" не стремятся к анализу чувств.

П р и м е р. "Дайте же проявиться этому чувству. Вы замечаете, как Вам становится легче, когда Вы можете в полной мере пережить это разочарование?"

“Учиться". Благоприятствование желательным или препятствование нежелательным способам поведения с использованием моделей, утверждений, гипотез, разъяснений или дидактических высказываний.

П р и м е р. "Это Вы сделали хорошо. Вы заметили также, что на этот раз Ваш партнер реагировал положительно. Ваши прежние реакции принять ему было трудно".

"Поддержка": воздействия психотерапевта, которые выражают поддержку, принятие пациента, заботу о нем, способствуют возникновению у него надежды и положительных ожиданий, уменьшению чувства вины, выражают понимание.

П р и м е р. "Я Вас хорошо понимаю, это должно быть очень тяжело. Но Вы все же уже добились гигантского прогресса".

"Активизация": психотерапевтическое воздействие, способствующее той или иной активности пациента.

П р и м е р. "Подумайте-ка теперь как бы Вы могли ответить. Что Вы об этом думаете?"

"Конфронтация": психотерапевтическое воздействие, направленное на то, чтобы показать пациенту его прежнее или теперешнее поведение, или же поведение, которого он избегает с целью сделать такое поведение понятным для него самого или же поставить под вопрос целесообразность такого поведения.

П р и м е р. "Всегда, когда Вы об этом говорите, Вы выглядите подавленным. Понимаете, Вас всегда выдает именно этот ответ".

"Нести ответственность и разд.ять ответственность": психотерапевтическое воздействие, цель которого — побудить пациента принять ответственность или часть ответственности в отношении окружающих и себя. В противоположность "активизации" здесь речь идет о поведении, соответствующем требованиям этики.

П р и м е р. "А Вы уже спросили себя, как Вы относитесь к этому делу? Если да, то, вероятно, Вы можете кое-что сказать!"

"Информировать": передача информации, ориентация. Здесь речь идет исключительно о предоставлении пациенту информации, а не о "Понимании" в более широком смысле.

П р и м е р. "Воздействие этого лекарства Вы почувствуете лишь через две недели".

"Переживания тела": психотерапевтическое воздействие, вызывающее движение, расслабление тела, побуждающее пациента к концентрации на ощущениях своего тела и его частей.

П р и м е р. "Дышите глубоко и спокойно, и почувствуйте, как Ваше тело при этом становится совсем тяжелым. Какие сейчас ощущения в Вашем желудке?"

У каждого психотерапевта имеются способы коммуникации, которым он отдает предпочтение. Можно, например, показать, что один психотерапевт более всего использует психотерапевтические воздействия, направленные на конфронтацию, активизацию и когнитивное понимание, другой — основное внимание уделяет "эмоциональному пониманию", "поддержке" и "информированию", и лишь сравнительно редко обращается к "когнитивному пониманию" и "конфронтации". Если сравнить этих двух психотерапевтов, то окажется, что они используют как общие ("неспецифические"), так и присущие только им ("специфические") способы коммуникации.

4.3.5. Чувства психотерапевта

Мы уже говорили о том, что психотерапевт в ходе общения с пациентом испытывает чувства, относящиеся к различным уровням. (См. модель, представленную на рис 3.)

Не все чувства психотерапевта следует считать "контрпереносом", как он понимается в психоанализе.

На это имеются следующие причины.

1. В настоящее время термин "контрперенос" используется для обозначения многих очень разных явлений.

2. Иногда контрпереносом называют любое чувство, испытываемое психотерапевтом. Это слишком широкое и общее понимание.

3. Точка зрения, согласно которой контрперенос представляет собой эмоциональный ответ психотерапевта на проблемное поведение пациента, на практике порождает опасность. Те, кто придерживается такой трактовки контрпереноса, упускают из виду, что чувства, возникающие у психотерапевта в отношении пациента, могут быть обусловлены проблемами самого психотерапевта. Вышеприведенное определение контрпереноса делает психотерапевта неуязвимым для какой-либо критики.

Обычно говорят в ПО-терапии о "чувствах психотерапевта" и лишь в особых случаях о "контрпереносе".

Под "контрпереносом" мы понимаем прежде всего реакцию на пациента бессознательной части психики психотерапевта.

Рекомендации проявлять свои чувства относятся не только к пациентам, но также и к психотерапевтам. Это не означает, что психотерапевт также всегда должен рассказывать

о них. Как отсутствие эмоциональных реакций со стороны психотерапевта, так и чрезмерные его реакции, могут служить помехой в отношениях с пациентом и/или в решении собственных проблем.

4.3.6. Что делать в случае сопротивления изменениям

Под сопротивлением понимают все то, что мешает (с точки зрения психотерапевта) психотерапевтическому процессу.

Сопротивлением в ПО-терапии считается любое поведение пациента, мешающее проработке проблемы, обозначенной в заключенном с пациентом контракте (см. разд. 4.3.2).

Такое определение таит в себе потенциальную опасность, особенно реальную в краткосрочной психотерапии. Речь идет в первую очередь о том, что психотерапевты принимают определение буквально. В детали, доступные восприятию лишь с помощью лупы или даже микроскопа, в ПО-терапии не вдаются, а работают преимущественно с тем, что видно пациенту и психотерапевту невооруженным взглядом. В первую очередь ПО-терапия занимается "очевидным".

Сопротивления в ПО-терапии учитываются и прорабатываются в тех случаях, когда они вступают в прямой конфликт с принятыми психотерапевтом целями.

Проработка сопротивления показана лишь в том случае, когда сопротивление мешает достижению целей психотерапии. Сам по себе факт, что психотерапевт расценивает поведение как сопротивление, еще не достаточное основание для психотерапевтической проработки сопротивления. Как у психотерапевта, так и у пациента должны иметься достаточные доказательства того, что сопротивление необходимо проработать, а иначе цель психотерапии не может быть достигнута. Это означает также, что не обязательно "устранять" сопротивление. Можно просто изменить отношение к нему.

Проработка сопротивления в ПО-терапии не является самоцелью.

Психотерапевт, практикующий ПО-терапию, располагает тремя методами обращения с сопротивлением: а) обойти, б) преодолеть, с) проанализировать.

а) Обход сопротивления. Мы уже говорили о том, что в ПО-терапии сопротивлениями занимаются лишь тогда, когда они явно мешают достижению цели психотерапии, и пациенту становится также понятно, что ход психотерапии нарушается, она становится нерезультативной или в ней наступает застой.

Когда сопротивление бывает очень сильным, непреодолимым подобно бетонной стене, часто единственная возможность заключается в том, чтобы его обойти. Это касается в первую очередь тех случаев, когда пациент не сообщает психологические данные, необходимые для анализа.

Обход означает, что мы оставляем сопротивление, как таковое, нетронутым, а лишь находим его новый смысл. Задача тогда заключается в том, чтобы совместно с пациентом построить "золотой мост", по которому можно пройти в обход сопротивлению.

Один из наших пациентов испытывает трудности в работе со своим новым сотрудником, очень напоминающим его брата. С братом у него на протяжении всей жизни шла жестокая борьба за благосклонность родителей. Этот сотрудник поразительно похож на брата. Пациент, для которого был совершенно очевиден перенос, решил не подчиняться сотруднику, а "победить" его. В силу служебной иерархии осуществление решения было бы губительным для пациента. Его саморазрушительное поведение было признано и психотерапевтом, и самим пациентом сопротивлением осуществлению

поставленной ими совместно цели: социальной интеграции пациента на работе. Обход сопротивления заключался в том, что психотерапевт и пациент совместно рассмотрели последствия такого неразумного поведения. В результате пациент пришел к выводу, что к своему желанию вести борьбу на рабочем месте он должен отнестись "разумно": иначе ему не избежать прежних шаблонов поведения.

Такой прием позволил справиться с саморазрушительным поведением, но не с сопровождающим его аффектом. И все же были решены две задачи: во-первых, пациент смог избежать повторения своего нежелательного поведения (и тем самым устранил свое сопротивление), и, во-вторых, благодаря этому впервые оказался разорван порочный круг.

Решения, подобные вышеприведенному в ПО-терапии с ее прагматизмом считают удовлетворительными. А также считают, что нет необходимости анализировать или "преодолевать" сопротивление, как это принято в психоанализе. Второй пример показывает, как можно обойти сопротивление, совершенно не затрагивая его.

Одна пациентка сообщила своему психотерапевту, что не может говорить на определенную тему, она просто не в состоянии произнести необходимые для этого слова. Психотерапевт обсудил с ней способы, облегчающие сообщение. Они договорились, что пациентка напишет то, что не может сказать, и принесет написанное психотерапевту на следующую сессию.

Обход сопротивления показан в тех случаях, когда пациент недостаточно силен, чтобы преодолеть свое сопротивление (см. следующий разд.), или не обладает способностями, необходимыми для анализа сопротивления. Обход дает пациенту больший простор для действий и уменьшает его страх.

б) Преодоление сопротивления. Преодоление сопротивления означает продолжение движения к цели, несмотря на сопротивление, "через него". Преодоление может быть рекомендовано в тех случаях, когда сопротивление, как таковое, распознано, и психотерапевт его оценивает как слабое или неустойчивое. В таком случае мнение пациента не бывает решающим. Здесь уместно сравнение с попыткой разорвать лист бумаги или платок. Совершенно очевидно, что бумага должна быть достаточно тонкой, чтобы можно было ее разорвать. Точно так же и сопротивление не должно быть слишком сильным. В противном случае его следует обойти или проанализировать, если такая возможность имеется.

Пациент во время получасового сеанса психотерапии избегает говорить на основную тему и обращается к ней лишь тогда, когда до конца сессии остается 5 мин. Психотерапевт указывает пациенту на это обстоятельство, и пациент соглашается с тем, что время следовало бы использовать лучше. Психотерапевт и пациент принимают решение начать следующую сессию с обсуждения именно этой темы.

Пример наглядно показывает, что усилия здесь были направлены не на выяснение мотивов сопротивления, а на преодоление сопротивления: было достигнуто соглашение о том, чтобы заняться темой, которую пациент избегал. Если на следующую сессию пациент придет с опозданием, начнет с другой темы и т.д., то психотерапевт прямо напомнит ему о соглашении, достигнутом в прошлый раз, и поставит на повестку дня данную тему. Преодоление сопротивления означает не анализ мотивов сопротивления, а постановку перед пациентом цели, которую он может достичь вопреки своему сопротивлению.

При преодолении сопротивления психотерапевту, возможно, придется действовать достаточно жестко. Он может предъявить пациенту определенные требования, напомнить о достигнутом соглашении и т.д. Возможно, потребуется дополнительная работа по созданию у пациента определенной мотивации для улучшения рабочих отношений. Сопротивления могут возникнуть и в результате недостаточной "гибкости" психотерапевта в ходе психотерапии. Важно, чтобы психотерапевт мог распознать и принять некоторые проявления сопротивления, если они достаточно устойчивы.

в) Выявление и анализ сопротивления. Выявление и анализ сопротивления

относятся к числу психоаналитических процедур. Выявление становится необходимым в том случае, когда сопротивление как таковое в начале распознается или предполагается только психотерапевтом, и он желает рассказать о своих предположениях пациенту. Анализ означает большую, часто продолжительную психологическую работу, вряд ли возможную в рамках ПО-терапии, хотя в редких случаях для нее существуют показания. О том, как осуществляется анализ сопротивлений в ПО-терапии, говорится в разд. 8.3.2.

4.3.7. Чувства пациента как часть "переноса"

В нашей модели отношений психотерапевт-пациент (см. разд. 4.3.1) представлены четыре уровня отношений, которые, разумеется, определяются также чувствами. Мы не принимаем психоаналитическую модель, согласно которой все чувства пациента могут рассматриваться как перенос.

Факторами, под влиянием которых складываются эмоциональные отношения в ПО-терапии, можно отнести ограниченную продолжительность времени психотерапии и ориентированность на проблему.

Краткосрочность психотерапии порождает чувство ответственности. Психотерапевтический контракт, в котором открыто говорится о сроках психотерапии, сразу же порождает проблему зависимости. Период продолжительностью в 20 недель — обозримое время. С самого начала психотерапии на горизонте маячит ее окончание. Реакции пациентов на этот факт обычно бывают двух типов: 1) эмоции пациента бывают не настолько сильными, чтобы можно было говорить об его зависимости от психотерапевта; 2) отношения пациент-психотерапевт превращаются в настоящую проблему (см. разд. 5.2.-5.4, где дается определение проблемы). Вот почему так важен бывает отбор пациентов для ПО-терапии (см. гл. 6). Пациенты, главные проблемы которых могут быть решены только в ходе продолжительных, глубоких в плане эмоций отношений, для ПО-терапии не подходят.

Перенос часто происходит спонтанно еще до встречи пациента с психотерапевтом. Проблемно-ориентированная психотерапия не способствует возникновению "невроза переноса", а скорее препятствует ему. С учетом этого обстоятельства и следует осуществлять отбор пациентов для ПО-терапии.

Тема предстоящего расставания пациента и психотерапевта в любом случае вновь затрагивается в середине курса психотерапии.

В ходе продолжительной психотерапии бывает достаточно времени для формирования эмоциональной зависимости — психотерапевтической связи особого качества. ПО-терапевт использует временное структурирование психотерапии не в последнюю очередь для постановки вопроса "автономия или зависимость", так что эта тема, как нить Ариадны, проходит через всю психотерапию, и уж во всяком случае обязательно через ее вторую половину.

Мы уже говорили о том, что следует делать при сопротивлении, а теперь рассмотрим аналогичные приемы, используемые в случаях переноса.

а) Обход реакции переноса. Если психотерапевту известны обстоятельства, порождающие реакцию переноса, он должен сознательно препятствовать их возникновению: ему следует отвлекать пациента, успокаивать его, преуменьшать значение указанных обстоятельств. Он может также игнорировать реакцию переноса или сделать все возможное, чтобы соответствующее поведение не получало подкрепления.

П р и м е р: пациентка, чей отец отличается крайне деспотическим характером, осуществляя перенос постоянно, требует от психотерапевта советов, которые затем категорически отвергает. В то же время она чувствует себя непонятой.

Здесь стратегия обхода заключается в том, чтобы обозначить препятствие и затем

совместно с пациенткой обойти его. Психотерапевт может сказать примерно следующее: "Теперь мы снова оказались в щекотливой ситуации: Вы просите у меня совета, а затем отвергаете его. Как мы поступим сейчас?" Психотерапевт стремится к тому, чтобы участники процесса могли в случае необходимости сказать: "Снова мы оказались в щекотливой ситуации. Оставим этот вопрос".

Обход целесообразен только тогда, когда реакция переноса — составная часть решаемой проблемы. И наоборот, если реакция переноса составляет часть проблемы, она должна учитываться при определении проблемы или даже трактоваться как отдельная.

Когда преодоление и обход не способствуют дальнейшему бесперебойному ходу психотерапии, может оказаться необходимым рассмотреть смысл переноса, а также возможно обратиться к истории жизни пациента.

б) Преодоление реакций переноса Преодоление реакций переноса, конечно, не устраняет их, но снижает их эффективность в решающие моменты психотерапии.

Смысл преодоления и обхода переноса заключается лишь в том, чтобы ослабить силу реакции переноса, устранить ее отрицательное влияние на процесс психотерапии.

С этой целью в первую очередь исключаются все моменты, провоцирующие перенос. Сюда относятся все те действия психотерапевта, которые вызывают у пациента сильную фрустрацию или порождает в нем пассивность, а также вызывают регрессию пациента. Преодоление переноса может быть осуществлено в результате длительной конфронтации с этим явлением и с реальным положением вещей. В случае мешающей реакции переноса психотерапевт немедленно осуществляет такую конфронтацию и указывает пациенту на неадекватность его реакции, избегая при этом критики.

П р и м е р: "Вы видите сейчас, насколько сильный гнев порождает в Вас мое замечание, а это мешает Вам двигаться к цели. С Вами такое происходит постоянно, и в тех случаях, когда вы общаетесь с другими людьми. В прошлом Ваш лучший друг унизил Вас. Я, однако, другой человек, и у меня нет намерений Вас унижать".

Хотя такая психотерапевтическая интервенция и содержит в себе элементы "конфронтации" и "когнитивного анализа" (см. разд. 4.3.4), она не направлена на активацию сознания пациента. Она останавливает реакцию переноса путем конфронтации пациента, во-первых, с фактом замены одного индивида другим, и, во-вторых, с чрезмерно интенсивным чувством. Кроме того, из последней фразы ясно следует, что происхождение реакции переноса более подробно не будет исследоваться и что пациент доложен обратиться к обстоятельствам текущей действительности.

Реакции переноса в ПО-терапии рассматриваются в тех случаях, когда:

1. Реакция переноса становится настолько интенсивной, что обойти перенос невозможно, как невозможно предвидеть его последствия и/или возникает серьезное сопротивление дальнейшему ходу психотерапии.

2. В результате сильного переноса рабочие отношения ухудшаются настолько, что пациент более не чувствует необходимости вести себя в соответствии со своей ролью.

3. Конфликты в переносе непосредственно связаны с теперешним конфликтом.

4. Пациент способен понять и принять объяснение переноса, увидеть свою реакцию переноса, понять и принять полученное от психотерапевта объяснение и сделать для себя соответствующие выводы, касающиеся и его поведения за пределами кабинета психотерапевта.

Считается целесообразным в ПО-терапии приступать к объяснению переноса лишь в том случае, когда до конца психотерапии остается еще достаточно много сессий, на которых такое объяснение может быть проработано. Не будет пользы от обращения к переносу, когда психотерапия уже заканчивается.

С переносом не работают:

1. Когда феномен переноса недостаточно выражен.
2. Когда чувство переноса хотя и бывает сильным, но не связано с прорабатываемой проблемой и не мешает дальнейшему ходу психотерапии.
3. Когда рабочие отношения между психотерапевтом и пациентом еще недостаточно крепкие и указание на перенос может повредить им.
4. Когда пациент не способен понять объяснение переноса, предлагаемое ему психотерапевтом.

4.4. Завершение психотерапии

4.4.1. Начало конца

Поскольку проблемно-ориентированная психотерапия продолжается не более 15-20 сессий, уже с самого ее начала, а уж наверняка с середины, дата ее завершения находится в поле зрения пациента. Два показателя характеризуют приближение окончания психотерапии: остающееся число сессий (общее число сессий бывает установлено заранее) и степень приближения к запланированной цели психотерапии. И хотя при числе сессий от 15 до 20 максимум пациент отчетливо видит, что завершение психотерапии близко, психотерапевт должен постоянно обращать внимание пациента (примерно с середины курса) на близкое завершение психотерапии. Делать это можно в виде таких замечаний как "На то, чтобы лучше разобраться в этом, у нас остается еще примерно шесть сессий". Тем самым эффективность ПО-терапии как краткосрочной психотерапии может быть повышена. Ограничение продолжительности курса психотерапии стимулирует и пациента, и психотерапевта. Обоим ясно, что психотерапевтический максимализм невозможен, и в рамках остающегося времени необходимо делать все возможное, чтобы приблизиться к поставленной цели.

Сопоставление поставленной цели и прогресса, достигнутого в ходе психотерапии, дает еще одну возможность не упускать из виду приближение завершения курса. Сравнению теперешнего состояния с тем, какое соответствует поставленной цели, способствуют такие вопросы: "Где мы сейчас находимся?", "Чего мы до сих пор добились?", "Может пациент в этом состоянии один продолжать движение в нужном направлении?"

4.4.2. Завершение

Завершение психотерапии в идеальном случае совпадает во времени с достижением поставленной цели. При неблагоприятном исходе психотерапия заканчивается с наступлением заранее оговоренного срока.

Как узнать, что наступило время заканчивать психотерапию или что поставленная цель достигнута? Обычно в ПО-терапии с самого начала психотерапевт и пациент договариваются о точном числе сессий. Устанавливают, например, что их будет "не более 20". Если психотерапия проходит успешно, то число сессий может быть уменьшено, и это, как правило, не вызывает проблем. Опасность при сокращении продолжительности психотерапии заключается в том, что могут быть упущены из виду еще имеющиеся у пациента глубинные проблемы. Энтузиазм пациента и психотерапевта, порождаемый достигнутым успехом, может вести к неоправданной оптимистической переоценке улучшения состояния пациента. Следствием может быть регрессия, наступающая после преждевременного завершения психотерапии.

Если завершение сроков психотерапии приближается, а желаемых успехов нет, то этот вопрос следует открыто обсудить с пациентом. Возможно придется увеличить число

сессий (но не более чем на пять). В таких случаях, конечно, оба участника процесса психотерапии, проявят сильное желание заменить краткосрочную психотерапию среднесрочной или даже долгосрочной. Рекомендуем в любом случае завершать ПО-терапии как таковую, а не увеличивать ее продолжительность, добавляя многочисленные сессии. Предпочтительнее закончить курс в установленные сроки и договориться о возобновлении психотерапии после паузы, продолжающейся несколько месяцев. Два обстоятельства говорят в пользу такого решения:

1) возможное спонтанное выздоровление пациента;

2) тот подтверждаемый опытом факт, что психотерапия оказывает последействие, т.е. ее результаты могут проявиться после ее завершения.

Оба вышеназванных феномена вызываются, возможно, одной причиной. Так или иначе после паузы пациенту приходится снова принимать решение.

Он может:

1) не возобновлять психотерапию,

2) снова обратиться к тому же психотерапевту,

3) сменить психотерапевта.

Опыт, полученный пациентом в ходе психотерапии, наверняка облегчит ему принятие решения.

Трудно бывает при оценке результатов психотерапии или при обосновании необходимости ее завершения ответить на вопрос: "Достигнута ли цель?" Высказаться по этому вопросу могут три стороны: пациент, психотерапевт и представитель окружения пациента. Наиболее веским согласно принятой в ПО-терапии концепции считается мнение пациента. Обстоятельная дискуссия, по поводу успехов, достигнутых в ходе психотерапии, состояния пациента и испытываемого им удовлетворения позволяет получить наиболее достоверный ответ на поставленный вопрос. Если пациент хочет закончить психотерапию, а психотерапевт не считает его решение разумным, важно бывает рассмотреть мотивы пациента. Возникает вопрос: не стремится ли пациент, желая закончить психотерапию, уклониться от чего-либо.

Рекомендуем через три месяца после окончания психотерапии провести обсуждение ее результатов, причем договориться об этом следует после завершения психотерапии. За эти три месяца, когда психотерапия как таковая не проводится, часто происходят такие изменения в поведении пациента, каких не удалось бы добиться в ходе психотерапии.

В ходе такого отсроченного обсуждения легче бывает правильно оценить эффект психотерапии. Кроме того, такое обсуждение позволяет принять решение о целесообразности продолжения психотерапии. Новый курс психотерапии не обязательно должен вестись тем же психотерапевтом.

5. СТРУКТУРИРОВАНИЕ ВРЕМЕНИ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Проблемно-ориентированная психотерапия отличается от продолжительной психотерапии тем, что бывает ограничена заранее определенными сроками и проблемами. Это, так сказать, внешние рамки психотерапии. Внутри этих рамок складываются психотерапевтические и межличностные отношения, которые, с одной стороны, составляют основу и являются движущей силой совместной работы, а с другой — могут порождать надежды, ожидания, желания, а также зависимости, далеко выходящие за рамки этой психотерапии. Такая динамика процесса отношений частично протекает неосознанно, и присуща, как показывает опыт, обоим участникам процесса: как пациенту,

так и психотерапевту. При продолжительной психотерапии, где нет четко обозначенной цели и временных ограничений, ход этого процесса можно не контролировать, предоставив ему возможность развиваться в соответствии с собственной динамикой. Но в ПО-терапии такой подход был бы вредным, поскольку результатом может быть разочарование и пациента, и психотерапевта.

Поэтому следует разработать стратегии, которые придали бы психотерапевтическому процессу некую структуру. На нее мог бы ориентироваться психотерапевт в ходе своих действий, и она в то же время была бы понятной пациенту.

Такая структура также помогает постоянно держать в поле зрения общие задачи, установленные в пределах достижимого. В задачи психотерапевта входит активное ведение психотерапевтического процесса. При этом он должен проявлять достаточную деликатность и проницательность, и в то же самое время не лишать пациента самостоятельности, не брать его под свою "опеку". Активному участию в процессе пациента должно способствовать его ознакомление со ступенчатым планом психотерапии, приводимым ниже:

Организация психотерапии

СТУПЕНИ

6.Завершение
5. Проработка проблемы
4. Определение проблемы
3. Анализ проблемы
2. Понимание проблемы пациента
1. Отношения “психотерапевт-пациент”
Ход психотерапии

Рис. 4. Ступени психотерапии

Такой ступенчатый план показывает, как можно разумно структурировать психотерапевтический процесс. Он складывается из "строительных деталей" ПО-терапии, располагаемых в той логической последовательности, которая присуща процессу решения проблемы, и образует "лестницу". Речь здесь идет о примерном плане, который может служить ориентиром. Здесь не имеются в виду резко отделенные друг от друга фазы, этапы психотерапии. Переход от одной фазы к другой осуществляется постепенно, фазы как бы перекрывают друг друга и предыдущая фаза служит фундаментом, основой для следующей, надстраиваемой на ней. В ходе психотерапии можно и нужно постоянно возвращаться к предшествовавшим ступеням. Это следует делать, например, когда в результате полученного опыта нужно по-новому сформулировать проблему или когда возникают трудности в отношениях пациент-психотерапевт (перенос, контрперенос). С другой стороны, иногда целесообразен резкий переход от одной ступени к следующей при решении какого-то аспекта проблемы. Такое возможно, например, когда уже в первой части психотерапии пациент решает приступить к решению определенных вопросов в своей реальной жизни еще до того, как завершит анализ проблемы.

На какой сессии следует завершать ту или иную ступень — не существует какого-либо единого правила определения. От личности и способностей пациента (и психотерапевта), а также от рассматриваемой проблемы зависит, сколько времени понадобится для прохождения той или иной ступени. Имеются проблемы, решение которых в значительной степени заключается в анализе обстоятельств, их порождающих, так что соответствующая ступень психотерапии занимает очень много места. В других случаях упор делается на опробование новой схемы поведения в реальной жизни; решение

проблемы бывает связано с приобретаемым здесь опытом. Другие проблемы с самого начала требуют прежде всего взаимодействия между пациентом и психотерапевтом, так что проработка проблемы начинается уже на первых ступенях психотерапии. Несмотря на то, что на практике психотерапевтический процесс протекает по-разному, можно сказать, что, как правило, к середине курса психотерапии следует достичь 5-й ступени (Проработка проблемы), чтобы осталось достаточно времени для конкретного осуществления изменений и своевременного завершения психотерапии.

Проблемы, с какими обращается к психотерапевту пациент должны стоять в центре его внимания. К их решению психотерапевт и пациент приближаются в ходе психотерапии, преодолевая одну ступень за другой. Но особенности каждой краткосрочной психотерапии порождают еще одну важную проблему, играющую особую роль на протяжении всего курса психотерапии. Речь идет о расставании.

С самого начала краткосрочная психотерапия содержит в себе противоречие: здесь складываются и поддерживаются устойчивые и конструктивные межличностные отношения, но в то же время участники психотерапии осознают скорое завершение этих отношений. Важно поэтому начать конкретно и целенаправленно заниматься проблемой такого расставания не позже середины курса психотерапии. Тема расставания, в качестве сопутствующей, сохраняется в психотерапевтической работе вплоть до завершения последней.

Приводимые ниже описания отдельных ступеней психотерапии позволяют получить представление о психотерапевтических приемах и методических подходах, используемых на каждой из этих ступеней. Авторы видели свою задачу не в том, чтобы дать какие-то рецепты или наставления, а в том, чтобы показать читателю возможность активного ведения психотерапевтического процесса.

5.1. Первая ступень: создание устойчивых межличностных отношений и конструктивных рабочих отношений между пациентом и психотерапевтом

Внимательное, активное слушание — важная предпосылка устойчивых отношений доверия.

При этом психотерапевт в ходе как вербального, так и невербального общения должен быть понятным для пациента. Целенаправленные вопросы свидетельствуют о понимании им пациента и облегчают последнему изложение своих желаний, стремлений. Психотерапевту следует сразу же отнестись с пониманием к выражаемому пациентом желанию обрести защиту, поддержку со стороны компетентного, авторитетного лица. Психотерапевту следует идти навстречу пациенту. Этого можно добиться выражая свое одобрение и поощрение, а также давая ясные и содержательные ответы на вопросы пациента (см. разд. 4.1.). Постоянно следует учитывать, что, как правило, ожидания пациента первоначально не соответствуют представлениям психотерапевта о психотерапии.

Психотерапия заключается в том, чтобы *помочь пациенту помочь самому себе*. Сделать это положение понятным для пациента — одна из задач *процесса учения*, осуществляемого в рамках психотерапии.

Первые шаги в этом направлении психотерапевт может сделать, отмечая не только проблемы и недостатки пациента, но прежде всего те проявления здоровья, самостоятельности, активности, которые он в нем замечает, подчеркивая и повторяя их, раскрывая их значение в качестве *ресурсов* решения проблемы.

Для создания конструктивных рабочих отношений необходимо также, чтобы психотерапевт в понятной форме рассказал пациенту о концепции психотерапии, об ее смысле и цели. Пациент должен знать, что ему предстоит, что его ожидает и что ожидают от него. Временные границы в ПОТ, делающие психотерапию "прозрачной", как показывает опыт, скорее ободряют пациента, чем взывают у него разочарование, поскольку у него перед глазами оказывается достижимая цель. Пациенту следует также дать понять, *что в ходе психотерапевтической работы он будет активным партнером* психотерапевта. Тем самым за ним признаются такие возможности, о каких он сам, возможно, еще никогда не думал. Он вырастет в своих глазах и испытает воодушевление.

5.2. Вторая ступень: пациент излагает свою точку зрения на проблему

Здесь пациенту должна быть предоставлена возможность выразить свою личную субъективную точку зрения на свою проблему или проблемы.

Отправной точкой психотерапевтической работы должны служить не абстрактные, заимствованные из учебника конструкции, не "психо-логика" психотерапевта, а представления пациента о своей болезни или проблеме, его собственные попытки их объяснения и решения (см. также разд. 2.2).

Хотя многие пациенты говорят сначала лишь о симптомах, затрудняющих их жизнь, большинство их них имеет соображения, касающиеся причин своего состояния, а часто даже свои теории возникновения болезни, основывающиеся на субъективных принципах причинности.

Важно бывает понять внутренние связи "субъективных теорий болезни", поскольку часто именно в них заключается настоящая проблема, тормозящая решение или делающая его невозможным.

Поэтому изложение пациентом своей проблемы, ее обусловленности заслуживает максимального внимания психотерапевта. Позиция (пусть и не выраженная словесно) "Больше вам не нужно мне ничего рассказывать. Я уже сам все знаю о ваших неприятностях" была бы не только проявлением высокомерия по отношению к пациенту, но, скорее всего, вела бы к ошибочному пониманию его проблемы и к заблуждениям. Важно также обращать внимание не только на то, что думает пациент, но и на то, как он думает, какую субъективную логику он использует, поскольку, как правило, большего успеха удается добиться, используя при решении проблемы логику пациента, чем навязывая ему совершенно новый, чуждый ему образ мышления.

5.3. Третья ступень: анализ проблемы

Здесь осуществляется целенаправленный анализ имеющих отношение к делу факторов, способствовавших возникновению проблемы или мешающих ее решению. Анализ проблемы позволяет вскрыть те аспекты проблемы, которые сам пациент, излагая проблему, затушевал, поскольку они, вероятно, вызывают у него слишком сильный страх или чувство стыда. Психотерапевтическая ситуация должна обеспечить ему защиту, позволяющую рассмотреть эти ситуации и обсудить их.

Анализ проблемы расширяет или дополняет субъективное изложение проблемы пациентом.

Известно, что факты, не соответствующие теории, выдвигаемой индивидом,

остаются незамеченными или даже подвергаются искажению. Часто, однако, именно там находится ключ к решению проблемы.

В ходе анализа проблемы психотерапевт активно задает вопросы. Он должен руководствоваться конкретными, реальными фактами из истории жизни пациента и его теперешней ситуации и при этом учитывать ту субъективную интерпретацию, которую пациент дает этим фактам.

Теоретические конструкции психотерапевта отходят на задний план. Все связанные с проблемой обобщенные гипотезы — объяснения, выводы и оценки — выдвигаются лишь на следующей ступени *определения проблемы*. Чтобы иметь возможность четко видеть все важные для психотерапии аспекты проблемы, *анализ проблемы* рекомендуется проводить по следующей схеме:

Аспекты анализа проблемы

Условия в настоящее время: в чем заключается проблема, как она проявляется здесь и теперь. Какие внутренние и внешние ситуации способствуют возникновению проблемы? Какие восприятия, ощущения, наблюдения, какие когнитивные оценки, какие эмоциональные реакции, какое поведение, какие действия, их последствия и противодействия порождают проблему?

История жизни пациента: Откуда взялась проблема? Предшествовали ли проблеме какие-либо переживания, которые могли способствовать ее возникновению. Когда, где и как возникла проблема? Как она менялась с течением времени?

Функциональное значение: Каков смысл этой проблемы? Как ее существование упорядочивает теперешние межличностные отношения? Какой смысл имеет эта проблема в теперешней жизненной ситуации пациента? Для чего она нужна? В чем ее возможная польза?

Последовательность изложения этих *трех аспектов анализа проблемы* не отражает их значимость. За каждым психотерапевтом остается право решать, как он будет структурировать анализ проблемы в соответствии с приведенными выше указаниями, в какой последовательности будет обращаться к вышеприведенным аспектам проблемы, и какое значение будет придавать каждому из них. Во всяком случае, следует принимать во внимание ту последовательность, какой отдает предпочтение сам пациент. Ниже более подробно рассматриваются отдельные аспекты анализа проблемы.

Условия в настоящее время. В ходе *анализа условий* мы концентрируемся на настоящем, конкретно излагаемом ходе событий, порождающих проблему. Анализ не ограничивается только наблюдаемым извне поведением, но охватывает также *сопровождающие его чувства*, эмоциональные реакции, настроение, психические и физические симптомы, равно как *сопровождающий его ход мыслей* и интерпретацию переживаний. При этом особую важность приобретают те конкретные условия, в которых возникает проблема. Это так называемая *порождающая ситуация*. Внимание уделяется *последствиям проблемы* (см. также разд. 8.2).

На первых порах мы получаем от пациента часто лишь очень неопределенные или общие сведения, касающиеся испытываемых им трудностей или проявляемых им симптомов. Например: "Я всегда испытываю депрессию. Ничего мне не хочется. Постоянно меня охватывает чувство страха". В ходе анализа условий мы спрашиваем пациента, как именно выглядят его чувства, недуги, симптомы и каковы их последствия для пациента и его окружения. Приводимый ниже *каталог вопросов* может быть использован при осуществлении такого анализа условий.

В чем проявляется проблема? Расскажите в деталях. Что значит "испытывать

депрессию" применительно к данному конкретному человеку? Означает ли это печаль, апатию, неспособность испытывать удовольствие, страх, раздражительность, гнев? Насколько сильны эти чувства? Бывают ли они иногда сильнее, иногда слабее?

Как часто и как долго дает о себе знать эта проблема? Испытываете ли Вы при этом почти всегда плохое настроение или страхи? Часто или лишь от случая к случаю? Как долго это продолжается? Имеются ли периоды, когда данной проблемы для Вас не существует?

Когда и где проявляется проблема? В какое время дня? В рабочие или выходные дни? На работе или на досуге? Возникает ли она спонтанно? Что значит "спонтанно"?

Имеются ли определенные лица, места, события, — т.е. определенные ситуации, порождающие, например, страх? Или же причиной скорее являются, как кажется, спонтанные, не связанные с ситуацией мысли, убеждения и воспоминания?

Какие мысли приходят пациенту в голову в критических ситуациях? (см. также разд. 8.2). Например: "Эта ситуация опасна! С этим я не справлюсь! Стану посмешищем! Такой уж я неудачник!"

Какие последствия имеет данная проблема для пациента и его окружения? Избегает ли пациент определенные (порождающие проблему) ситуации? Насколько это ограничивает его жизненное пространство, его способность действовать?

Может ли он работать? Может ли строить свой досуг?

Может ли он свободно двигаться? Как он переносит одиночество: Может ли он, находясь в одиночестве, что-либо предпринимать? Нуждается ли он постоянно в сопровождающем?

Как реагирует окружение на проблему пациента?

Как изменился не только его собственный образ жизни, но и образ жизни близких ему людей?

Задавая вопрос о последствиях проблемы для пациента, следует различать *непосредственные, краткосрочные, среднесрочные, отдаленные, положительные и отрицательные последствия.*

П р и м е р. Поведение, направленное на избегание определенных ситуаций, людей, мест и т.п. в случае фобии имеет:

1) положительные последствия, так как пациент испытывает меньше страха;

2) отрицательные последствия, так как ограничивается свобода движения;

3) часто такие положительные последствия, когда близкие пациенту люди больше заботятся о нем, не оставляют его одного и повсюду его сопровождают;

4) такие отрицательные последствия, которые, возможно, не проявляются конкретно или не осознаются пациентом. Он может, например, не соответствовать более требованиям, предъявляемым к нему на работе, или его партнерские отношения могут разрушиться.

Главный вопрос:

Как пациент до настоящего времени пытался решить свою проблему?

Изменил ли он как-то свою жизнь, чтобы смягчить проблему или устранить ее? Предпринял ли он какие-либо меры, чтобы взять под контроль опасные ситуации? Какую помощь он сумел привлечь и что это значило для него? Попал ли он, например, в зависимость, которая делает его еще более беспомощным? Является ли эта попытка решения частью его проблемы?

Условия, связанные с историей жизни пациента.

Хотя в ПО-терапии мы концентрируемся преимущественно на теперешней жизненной ситуации пациента, анализ истории его жизни может дать существенную информацию для понимания теперешней проблемы.

Эта часть анализа проблемы направлена преимущественно на тот этап жизни пациента, который соответствует первому проявлению проблемы, а также периоду, наступившему после этих проявлений. Особого внимания заслуживают важные события жизни или изменения обстоятельств жизни, которые могли породить проблему или способствовать ее возникновению. Следует проследить возникновение, развитие проблемы, возможные изменения ее характера и попытаться выявить факторы, способствующие сохранению проблемы. С помощью каких методов это сделать — преимущественно психодинамических, или основывающихся, скорее на теории учения, или же других теориях — дело психотерапевта (методический плюрализм). Если психотерапевт ориентируется на субъективное понимание проблемы пациентом, учитывая образ мыслей и язык его то лучше всего пациент понимает связь между его проблемой и его образом жизни.

Более отдаленные обстоятельства жизни или события (например переживания детства) должны рассматриваться в ходе анализа проблемы лишь в том случае, если можно продемонстрировать пациенту явную связь между ними и его теперешней проблемной ситуацией. Это может иметь смысл, когда, например, какой-то шаблон отношений, берущий начало в детстве или в начале партнерских отношений, неадекватно переносится пациентом на его теперешние отношения (см. разд. 8.1).

Функциональное значение.

В ходе анализа теперешних условий и истории жизни пациента задаются вопросы: "Что?", "Почему?". При функциональном анализе вопрос формулируется так: *"Для чего?"*

Такая формулировка вопроса обусловлена тем, что мы рассматриваем проблему или пациента с его проблемой в качестве *подсистемы в рамках какой-то вышестоящей системы* (партнерские отношения, семья, общество). В этой связи задаются вопросы:

Какой смысл или какое конечное значение имеет проблема?

Какую цель она преследует, какую задачу решает?

Для чего нужна пациенту эта проблема или для чего он ее культивирует? Чего он пытается тем самым добиться?

Какую роль он тем самым приписывает себе или какая роль отводится ему другими?

Какую функцию выполняет проблема в теперешней жизненной ситуации пациента, в его отношениях?

Задавая вопрос о функциональном смысле проблемы, психотерапевт не стремится проникнуть в область внутриличностных конфликтов. Поскольку последние чаще всего не осознаются, попытки объяснения в этом направлении носят спекулятивный характер, если только для обнаружения указанных конфликтов не используется требующий больших затрат времени аналитический процесс. Ответ на вопрос о значении проблемы следует искать в *конкретных понятных межличностных отношениях здесь и сейчас*, в партнерских связях, в семье, на работе и в других межличностных отношениях. Конкретными вопросами, задаваемыми с этой целью, могут быть следующие:

Какую роль играет проблема или пациент как *"носитель симптомов"* во

взаимодействии партнеров?

Не является ли проблема частью борьбы за власть?

Не пытается ли пациент неподходящими средствами построить "симметричные" отношения или, может быть, проблема позволяет ему принять желательную или подготовленную для него роль?

Возможно пациент в результате каких-то внешних изменений считает, что его отношения с партнером подвергаются опасности и, принимая роль больного, стремится привязать к себе партнера?

Может быть он не знает, как открыто и рационально дать знать о своих потребностях?

Именно выяснение функционального значения проблемы может стать решающим моментом психотерапии и определить ее успех или неудачу. Каждое расстройство можно понимать и как адаптацию к определенной жизненной ситуации и, тем самым, видеть его положительное значение для пациента. Поэтому устранение симптомов не даст устойчивого улучшения состояния пациента, если старый сомнительный способ решения проблем не удастся сознательно (!) заменить чем-нибудь лучшим. Отсюда и вопрос: "Что есть хорошего в этой проблеме?" Тогда можно подумать о том, как могут быть достигнуты жизненно важные цели другими, ранее не применяемыми (проблематичными) средствами?

В непосредственной связи с вышесказанным находится и так называемая "вторичная польза от болезни", которой психотерапевты часто дают одностороннюю трактовку и видят в ней лишь фактор, мешающий психотерапии, поскольку она подрывает мотивацию пациента, а иногда, будучи очень сложной, и мотивацию психотерапевта. Безоценочный, функциональный подход позволяет увидеть во "вторичной пользе от болезни" один из факторов, формирующих проблемы, с которыми сталкивается пациент, и способствующих устойчивости этих проблем. Тогда анализ "вторичной пользы от болезни" может найти применение в психотерапевтическом процессе.

Не всегда на первой стадии психотерапии удается получить исчерпывающие ответы на все три приведенных выше вопроса: Что? Почему? Для чего? Особенно трудным может оказаться вопрос "Для чего?", вопрос о функциональном значении проблемы. Ответ на него мы часто получаем лишь на последующих стадиях психотерапевтического процесса. Анализ проблемы должен, однако, дать достаточно материала для формулировки как можно менее спекулятивного, базирующегося на знании пациента определения проблемы или гипотетического объяснения проблемы.

5.4. Четвертая ступень: определение проблемы, постановка цели и планирование психотерапии

Определение проблемы:

Предшествовавший анализ проблемы дает исходный материал для определения проблемы.

Определение проблемы содержит *гипотетическое объяснение* и одновременно предполагает *постановку цели*, а цель определяет конкретную стратегию психотерапии.

Определение проблемы, основывающееся на убеждениях пациента и его объяснениях причин болезни, должно быть сформулировано общедоступным языком, не содержать никакой специальной терминологии и не противоречить "здравому смыслу". Здесь нет места сложным психодинамическим гипотезам, где принимаются во внимание лишь неосознаваемые процессы. Ведь если определение проблемы или гипотеза существуют лишь в голове психотерапевта, и понятны лишь его коллегам, а не самому пациенту (и могут даже отвергаться последним), то это не ведет к взаимному активному

сотрудничеству, которое необходимо в ПО-терапии. Особое внимание следует уделять тому, чтобы определение проблемы формировалось на основании конкретных данных пациента с помощью индукции. Оптимальным можно считать такой случай, когда удается подвести пациента к самостоятельной формулировке проблемы, а психотерапевт лишь вносит в эту формулировку поправки с учетом требований психотерапевтического процесса. Когда такое невозможно, психотерапевт сам может предложить определение проблемы в форме рабочей гипотезы. Затем пациент может высказать свою точку зрения и, возможно, внести определенные поправки.

Целесообразно при формулировке проблемы учитывать все три ее аспекта выявленные в ходе предшествовавшего анализа проблемы: обстоятельства в настоящее время, обстоятельства, связанные с историей жизни пациента, функциональное значение). В зависимости от ситуации, подготовленности пациента, его проницательности первенствующее положение может занимать тот или иной аспект проблемы.

— Если, например, в настоящий момент обстоятельства достаточно выяснены, а фон, создаваемый историей жизни пациента и функциональное значение проблемы остаются неясными, то определение проблемы можно формулировать применительно к поведению в теперешней жизненной ситуации. Поэтому первоначально можно было бы прибегнуть к когнитивно-поведенческой стратегии психотерапии, а к прочим комплексам проблем вернуться позже.

— Когда пациент уже в ходе изложения проблемы сам определяет функциональное значение своей проблемы, например, в контексте существующих в настоящее время конфликтных отношений, то при формулировке проблемы следует в первую очередь концентрироваться на этом функциональном аспекте, а другие аспекты, если необходимо, рассматривать позже. В этом случае был бы показан подход, присущий системно-ориентированной психотерапии, предусматривающий беседу с парой, находящейся в конфликте, а затем беседу с партнером пациента. Темой бесед служит данная проблема.

— Иначе поступают, когда из анамнеза недвусмысленно следует, что теперешняя проблема — это прежде всего повторение прежних проблемных и конфликтных ситуаций, а сам пациент не видит какой-либо связи или взаимозависимости между этими ситуациями. Тогда определение проблемы осуществляется, вероятнее всего, в соответствии с той или иной психодинамической концепцией, и используются соответствующие психотерапевтические стратегии.

Выбор определения проблемы для начальной стадии психотерапии зависит от состояния пациента — его проницательности, готовности к работе, и исходить при этом следует в первую очередь из прагматических соображений, а не из представлений психотерапевта о том, как должна выглядеть идеальная психотерапия (см. также разд. 7.2).

Три черты определения проблемы:

— *Формулировка должна включать личное местоимение "Я" и конкретное содержание* (а не общие и абстрактные слова), чтобы пациент мог отождествлять себя со своей проблемой, в качестве активного участника событий, а не только лишь лица, пассивно переживающего происходящее.

— *При объяснении проблемы* следует, насколько это возможно, давать ее различные аспекты, что сделает понятными для пациента вытекающие отсюда психотерапевтические стратегии и облегчит ему активное сотрудничество с психотерапевтом.

— *Конкретные указания, по поводу действий*, направленных на решение проблемы. При первоначальном изложении проблемы часто отмечаются прежде всего недостатки и беспомощность пациента. Необходима замена таких формулировок позитивными.

П р и м е р. Пациентке 38 лет, она замужем, имеет двоих детей, страдает агорафобией. Анализ ее поведения показывает, что многочисленные ситуации вне дома

пациентки вызывают у нее страх. Пациентка стремится избегать таких ситуаций, что в конце концов сделало для нее невозможным выходить из дома без сопровождения мужа. Развитию фобии предшествовал не особенно серьезный несчастный случай, сопровождавшийся легким сотрясением мозга. Это событие совпало во времени с изменениями в профессиональной биографии мужа пациентки. Он перешел на перспективную работу и теперь не мог уделять семье много времени. Пациентка чувствовала себя все более одинокой и начала даже бояться, что с ее мужем может произойти какая-нибудь неприятность. Затем пациентка рассказала, что она была очень послушным ребенком, которого без конца баловала мать, но как только пациентка стала ходить в школу, мать возобновила свою профессиональную деятельность, прерванную после рождения дочери. В школьные годы пациентка была очень прилежной и послушной ученицей, она и сегодня стремится быть совершенной супругой, домашней хозяйкой и матерью. Других проблем в семье не существует.

Анализ проблемы (см. ступень 3) привел в конце концов к следующему определению:

"В последнее время я избегаю выходить из дома одна и концентрирую свое внимание на муже, детях, а также стараюсь как можно лучше вести домашнее хозяйство. Я подумала, что моему мужу, который испытывает сейчас большую нагрузку на работе, это необходимо, иначе он не будет меня любить. У меня возникли даже опасения, что он меня оставит. Я вспомнила также, что прежде всегда старалась угодить матери. В результате я резко ограничила свое жизненное пространство, лишила себя самостоятельности, изолировалась от других. Теперь я хочу научиться преодолевать свои страхи, чтобы снова стать такой же самостоятельной, какой я была прежде, хочу возобновить контакты с другими людьми и заняться чем-нибудь еще, кроме ведения домашнего хозяйства. Я хочу улучшить отношения со своим мужем и попытаюсь откровенно поговорить с ним о том, что хочу осуществить собственные желания и понять, какая существует связь между моими теперешними страхами и моими прежними жизненными ситуациями. Чтобы справляться с ситуациями, вызывающими у меня страх, я обращаюсь за психотерапевтической поддержкой и буду искать другие способы решения моей проблемы".

Постановка цели:

Цель психотерапии выводится непосредственно из определения проблемы. Цель должна быть конкретной, оперативной, то есть содержать указания на необходимые действия, и реалистической.

К качестве целей в ПО-терапии мы не можем выдвигать какие-то общие, идеалистические положения. Здесь невозможна постановка таких целей, как "быть счастливым и довольным", "найти смысл жизни", "добиться успеха" и т.д. Возможно, что все предшествовавшие попытки решения проблемы не принесли успеха потому, что представления о целях были слишком общими, недостаточно конкретными, вследствие чего невозможно было найти конкретный подход к их осуществлению, или же эти цели были чрезмерно высокими, что постоянно вело к неудачам. Поэтому один из аспектов постановки целей должен заключаться в том, что совместно с пациентом формулируются такие цели психотерапии, достижение которых возможно в рамках 15-20 психотерапевтических сессий. В случае сомнений цель лучше несколько снизить, чтобы увеличить шансы на успех. Дело в том, что успех в малом порождает собственную динамику, благоприятствующую и успеху в большом, и наоборот: повторяющиеся неудачи при попытках добиться высокой цели лишают человека веры в себя, что проявляется даже при решении маленьких проблем повседневности.

В случае с пациенткой, страдавшей агорафобией, цель нельзя было сформулировать таким образом: никогда больше не бояться и установить "идеальные",

лишенные конфликтов партнерские отношения, которым ничто бы не угрожало. Необходима была реалистическая и конкретная формулировка: снова без страха выполнять повседневные обязанности, без сопровождения мужа выходить из дома и часть свободного времени вновь проводить в соответствии со своими желаниями, например, найти себе какое-нибудь хобби. В партнерских отношениях: быть способной прямо говорить партнеру о своих конкретных желаниях и потребностях, обсуждать способы их осуществления или совместно с партнером находить компромиссные решения. Благодаря конкретно сформулированной цели пациентке стало доступно переживание успеха, что вдохновляло ее на дальнейшие полезные для нее действия и после завершения психотерапии.

Планирование психотерапии:

При планировании психотерапии и выборе стратегии ее осуществления мы руководствуемся прагматическими соображениями.

Теория систем и практический опыт учат нас, что взгляды, установки и поведение взаимно обуславливают друг друга, зависят друг от друга и бывают организованы не по хронологическому принципу. Любое изменение в одной из частей системы ведет к изменениям во всей системе. И при планировании психотерапии следует учитывать, предположительно в какой области будет легче всего добиться изменений у пациента. В этой области и следует осуществлять первичное психотерапевтическое воздействие, чтобы уже в ближайшем будущем сделать возможным для пациента переживание успеха. При проработке проблемы нет необходимости придерживаться последовательности, которая на первый взгляд, представляется наиболее логичной: сначала получить представление о проблеме, затем изменить установки, и, наконец, на основании этого выработать новые способы поведения. В зависимости от способностей, склонностей и проблем пациента последовательность действий в отдельных случаях может быть весьма различной. Встречаются пациенты, которым легче всего удается научиться новым способам поведения и опробовать их под руководством психотерапевта. И уже на основании полученного практического опыта развить новые установки в отношении себя и своего окружения, не получив предварительно представления о взаимосвязи составляющих проблему элементов. Другие же пациенты должны вначале точно знать "зачем и для чего". Лишь затем они могут предпринять новые шаги. Психотерапевт не должен навязывать пациенту свои собственные представления о логической последовательности процесса изменения. Иначе, как правило, пациент начинает оказывать сопротивление, мешающее психотерапевту. Отдельные аспекты или области проблемы могут в зависимости от ситуации прорабатываться с пациентом последовательно или параллельно. В соответствии с основной концепцией ПО-терапии не существует никаких возражений против *комбинированного* использования *различных методических подходов* (например, психодинамического и одновременно когнитивно-поведенческого методов) (см. разд. 7.2. и 8).

П р и м е р. Пациент с функциональными нарушениями работы желудка был направлен к психотерапевту лечащим врачом. Пациент не убежден в необходимости психотерапии. После первой беседы с ним психотерапевту становится понятно, что соматические симптомы пациента являются реакцией на перегрузку в работе, а также тесно связаны с убеждениями пациента. Первоначально пациент был не в состоянии увидеть эту взаимосвязь. Пришлось идти обходным путем: упражнения на расслабление привели к улучшению состояния пациента, что способствовало установлению отношений доверия между ним и психотерапевтом, а тем самым и создало мотивацию к прохождению психотерапии. Только после этого можно было переходить к анализу проблемы, к выяснению ситуации на работе пациента и причин чрезмерных требований, предъявляемых им к себе. Цель дальнейшей проработки проблемы заключалась в

создании адекватных установок и новых стратегий преодоления трудностей в конкретной ситуации на работе.

Стратегии, предлагаемые для ступеней 3 (анализ проблемы) и 4(определение проблемы, постановка цели и планирование психотерапии), не являются догмой, обязательной в психотерапии, а призваны дать представление о **структурировании содержания психотерапии** и побудить психотерапевта к проявлению инициативы. Речь здесь идет скорее о рабочих гипотезах и примерах, которые следует гибко использовать и корректировать, когда в ходе психотерапевтического процесса становятся известными новые данные или происходят изменения, позволяющие по-новому увидеть проблему и в результате изменить психотерапевтические приемы.

5.5. Пятая ступень: проработка проблемы и перенос полученный изменений в реальную жизнь за пределы психотерапии

При проработке проблемы используется один или несколько методов психотерапии, описанных в разд. 8.1-8.7. Их выбор определяется характером проблемы, структурой личности пациента и его способностями. При этом работа должна быть как можно более тесно увязана с проблемой. Задача психотерапевта — внимательно и осторожно снова и снова ориентировать пациента на проблему, определение которой уже было осуществлено ранее. При этом *следует подавлять две тенденции к*: 1) *расширению проблематики психотерапии*, когда обсуждению подвергаются вновь и вновь возникающие важные проблемы; 2) *избеганию обсуждения пациентом главной проблемы*. Испытывая страх перед предстоящими изменениями, пациент пытается избежать обсуждения главной проблемы и говорит о вещах, далеких от главной проблемы. Учитывая краткосрочность ПО-терапии, лучше бывает ограничиться одной или несколькими проблемами, чем заниматься многими, на решение которых времени попросту не хватает.

То, что было сказано о психотерапии в целом, относится и к отдельным психотерапевтическим сессиям. И здесь рекомендуется ограничиться одной темой или одним аспектом проблемы, а не заполнять одно занятие рассмотрением многих проблем. Не принесет вреда многократная, повторная проработка одного и того же критического аспекта проблемы в рамках одной или нескольких, следующих друг за другом сессий.

Для успеха процесса учения определенная мера избыточности даже необходима. Новые взгляды, новые установки, новые стратегии решения проблем становятся эффективными и устойчивыми лишь в результате их *многократного обдумывания и опробования на практике.*

Рекомендуется также постоянно возвращаться к первоначальному определению проблемы, чтобы проверить, какие достигнуты успехи на пути к решению проблемы. В некоторых случаях приходится давать новое определение проблеме, чтобы оно больше соответствовало новым шагам в психотерапии.

Другим не менее важным, чем концентрация на определении проблемы, аспектом проработки проблемы является перенос пациентом тех изменений, которых удалось добиться в ходе психотерапии, в реальную жизнь, вне рамок психотерапии.

Это положение противоречит образу действий, принятому в длительной аналитической психотерапии, где психодинамические процессы ограничиваются отношениями пациент-психотерапевт и дается указание ничего не говорить о содержании психотерапии третьим лицам. В противоположность этому в ПО-терапии стараются как можно раньше переносить полученные результаты из психотерапии в реальную

жизненную ситуацию. Пациента следует побуждать (вне психотерапии) к демонстрации новых взглядов, новых установок, новых стратегий решения проблем даже в тех случаях, когда они представляют собой лишь частичные решения. Конечно, при назначении пациенту так называемых домашних заданий следует избегать перегрузки, т. е. движение вперед должно осуществляться малыми шагами, чтобы маленькие переживания успеха могли способствовать успеху психотерапии.

В интересах использования достижений психотерапевтического процесса в реальных жизненных ситуациях пациента, мы не только не запрещаем ему *говорить со значимыми для него лицами о содержании психотерапии*, но и активно побуждаем его к этому. Большинство пациентов делает это по своей собственной инициативе.

Хотя ПО-терапии и является индивидуальной психотерапией, определенные аспекты проблемы пациента могут обсуждаться им с соответствующими людьми, например, в разговоре с партнером или с членами семьи. С этой целью с пациентом заранее договариваются, какие аспекты его проблемы следует обсуждать и какова цель таких обсуждений. Конечно, нужно быть очень гибким, предлагая пациенту вести подобные разговоры, в ходе которых могут выявиться новые данные, заставляющие вносить изменения в определение проблемы, и тем самым давать основания для изменения стратегии психотерапии.

Часто при проработке проблемы не удается добиться полного решения ранее сформулированной проблемы или решения всех составляющих проблемы. Даже при интенсивной и последовательно осуществляемой психотерапии не всегда удается ускорять психологические процессы изменения. Основополагающая цель проработки проблемы — добиться такого понимания своей проблемы пациентом и овладеть такими стратегиями преодоления, которые позволят ему *после завершения психотерапии более успешно справляться с испытываемыми им трудностями и самостоятельно работать над своими проблемами.* Другими словами, он учится быть своим собственным психотерапевтом. А это предполагает, что пациент становится равноценным партнером психотерапевта, ему доверяется самостоятельное ведение "психотерапевтической" работы, и психотерапевт поощряет его к этому. Поэтому "прозрачности психотерапии" в ПО-терапии придается большое значение. Подробное изложение отдельных психотерапевтических методов и показания к их практическому применению даются в разд. 7.2 и 8.1-8.7.

5.6. Шестая ступень: завершение психотерапии

Наряду с теми проблемами, которые приводят пациента к психотерапии, особое значение в краткосрочной психотерапии имеет также проблема расставания, проработка которой требует особого внимания, чтобы травма, вызванная расставанием с психотерапевтом, не свела на нет все достижения психотерапевтического процесса.

Разговор о предстоящем *процессе расставания* пациента с психотерапевтом нельзя откладывать на заключительную сессию. Обсуждение этой проблемы назначают заранее, во всяком случае не позже середины курса психотерапии. При каждом удобном случае к ней возвращаются снова и снова. Завершение психотерапии и расставание пациента с психотерапевтом становятся *главной темой* 3, 4 последних сессий.

Часто этому оказывают существенное сопротивление как пациент, так и психотерапевт. Пациент по-прежнему желает, чтобы психотерапевт продолжал выполнять свою роль человека, оказывающего ему помощь. Он может выражать это желание, выдвигая все новые и новые проблемы или утверждая, что уже рассматривавшиеся проблемы все еще не решены до конца или даже демонстрировать ремиссию. Психотерапевт может остаться недовольным результатом психотерапии и/или не

соглашаться с тем, что он становится ненужным. Тогда оба начинают заниматься всеми возможными проблемами только для того, чтобы избежать действительно актуальной проблемы, какой является предстоящее расставание. В такой ситуации психотерапевт сознательно и в активной форме берет на себя осуществление процесса завершения психотерапии. Для этого он снова и снова центральной темой разговора с пациентом делает *предстоящее расставание*. При этом другие проблемы, предлагаемые к обсуждению пациентом, не отвергаются. Пациенту предлагается работать над их решением самостоятельно. *Признается его компетенция в психотерапии.*

Но нельзя оставлять пациента один на один с чувствами, возникающими в ходе процесса расставания и связанными с *отношением пациент-психотерапевт*. Эти чувства присущи обоим участникам процесса, и их проработку они должны осуществить совместно. Для этого необходима определенная работа, осуществить которую на протяжении одной сессии невозможно. Наряду с уместной печалью возможны проявления регрессивно-депрессивных настроений и/или агрессивных чувств, частично порожденных вновь возвращающимся страхом или обидами, испытанными прежде. Важно при этом, чтобы психотерапевт установил связь этих чувств с предстоящим завершением психотерапии и, если возможно, с болезненными переживаниями расставаний, испытанными пациентом ранее. Психотерапевт может также сообщать о своих собственных, связанных с данной ситуацией, чувствах. Он может сказать, например, что и ему расставание дается нелегко. Высказывания такого рода облегчат пациенту выражение собственных чувств без "потери лица" и избавят его от самокритики по поводу того, что он не может справиться с расставанием самостоятельно. *Если проблематика расставания прорабатывается сознательно и откровенно, то пациент начинает ориентироваться на поведение психотерапевта, служащее для него моделью.*

Как показывает опыт, активному отношению пациента к проблематике расставания способствует также предоставляемое ему психотерапевтом право самому решать, сколько еще психотерапевтических сессий им предстоит провести совместно (общее число сессий не должно превышать 20). Таким образом, пациент может принять участие в формировании процесса завершения психотерапии и сам определить финальную дату. При этом чувство ответственности за себя подчеркивает его самостоятельность и не дает ему ощущать себя жертвой.

Подводя итоги, следует еще раз подчеркнуть, неполноценное завершение психотерапии, недостаточное время, отведенное для расставления, может свести на нет все ее положительные результаты. Часто задаваемый вопрос о необходимости дальнейших психотерапевтических мероприятий следует, если это возможно, сначала оставить без ответа, и вернуться к нему лишь после определенной психотерапевтической паузы. О такой будущей психотерапии следует говорить не как о продолжении, а как о чем-то новом даже в тех случаях, когда она строится на полученных в ходе ПО-терапии результатах. Говоря другими словами:

Необходимо со всей четкостью и определенностью заявить о завершении текущего процесса психотерапии.

(О психотерапевтических отношениях и завершении психотерапии см. также разд. 4).

6. ПОКАЗАНИЯ К ПО-ТЕРАПИИ

Мы рекомендуем решать вопрос целесообразности назначения пациенту проблемно-ориентированной психотерапии на основании **характеристик: пациента,**

психотерапевта и проблемы.

Опыт показывает, что на основании поставленных пациентам диагнозов в общем нельзя решать вопрос о возможности применения той или иной психотерапии.

И хотя диагноз не определяет методов, используемых в психотерапии, осуществляемой амбулаторно, можно с уверенностью сказать, что для краткосрочной психотерапии явно не подходят пациенты с нарушениями, которые требуют продолжительной психотерапии. Сюда можно отнести нарушения типа психозов, нарцисизм и пограничные состояния, а также "размытые" проблемы, сущность которых неясна.

Показаны же для ПО-терапии все нарушения, вызванные распознаваемыми причинами. При этом речь идет скорее об острых, чем о хронических, и скорее о четко выраженных, чем о слабо сформированных нарушениях. Сюда относятся в первую очередь острые депрессии, состояние страха, фобии, острые реакции на высокую нагрузку, истерические и функциональные психосоматические нарушения, а также "нервные срывы", если они не могут быть устранены антикризисными мерами. Проблемно-ориентированная психотерапия подходит также в случаях нарушений, которые могут быть объяснены "недостатками поведения", такими как неспособность человека добиться чего-либо существенного, отсутствие чувства собственной значимости, чрезмерный конформизм, а также неспособность распознать собственные чувства и потребности.

Разговор с пациентом, на основании которого принимается решение о пригодности ПО-терапии в данном случае, лучше построить так, чтобы в него вошел приводимый позже комплекс вопросов. Жесткая схема первого интервью редко оказывается пригодной. С самого начала пациент должен себя чувствовать как личность, индивид. Для этого вопросы должны соответствовать особенностям его личности и его устремлениям.

Актуальная проблема

1. В чем заключается проблема? Почему пациент пришел именно теперь?

2. Понятна ли непосредственная причина его прихода?

3. Можно ли установить границы проблемы? Если нет, то готов ли пациент из ряда проблем выбрать определенное их число и сосредоточиться на этих проблемах?

4. Можно ли сказать, что в результате изменения состояния выбранной таким образом проблемы произойдут такие изменения в состоянии других проблем, в отношении которых прямое воздействие невозможно?

5. Сталкивается ли пациент с этими проблемами впервые в своей жизни? Если нет, то как долго они существуют? Что пациент предпринял до сих пор в этой связи?

Способность к установлению межличностных отношений

1. Позволяют ли ответы пациента на вопросы об его отношениях с друзьями в детстве, молодости и взрослом возрасте сделать вывод об его способности длительное время поддерживать эмоциональные связи?

2. Каковы его отношения с родителями, братьями/сестрами и друзьями?

3. Как переносит пациент потери близких ему людей.

Ответственность

1. Способен ли пациент увидеть то, что ему принадлежит активная роль в формировании и сохранении своего состояния?

2. Обладает ли он способностью увидеть себя и свою роль в жизни, или же он убежден в том, что вину за его состояние несет окружающий его мир?

3. Присуща ли пациенту мотивация к каким-либо изменениям, или же такая мотивация навязывается ему извне, людьми, относящимися к его окружению?

Анализ проблемы

1. В чем сильные стороны пациента? В умении устанавливать отношение; в его

достижениях; в том, как он играет определенные роли?

2. Чем обусловлены сильные стороны пациента? Какие свойства и качества развиты у него особенно хорошо?

В гл. 5 описывается подход к анализу проблемы в ПО-терапии.

Обычно процесс установления показаний для психотерапии проходит довольно быстро. Но прежде чем решить вопрос о том, подходит ли для данного пациента ПО-терапия, необходимо бывает рассмотреть особенности: пациента, психотерапевта и ситуации, в которой находится пациент.

6.1. Особенности пациента

Тщательные эмпирические исследования показали, что психотерапевты при отборе пациентов для психотерапии важными считают следующие качества последних:

♦ Дифференцированность чувств: насколько выражено многообразие эмоционального репертуара пациента?

♦ Искренность: насколько сильно впечатление психотерапевта, что пациент излагает ему "субъективно пережитую истину", что он ничего не скрывает и ничего не искажает?

♦ Стремление произвести впечатление: насколько, по мнению психотерапевта, пациент, рассказывая о своих переживаниях, играет стараясь произвести на него впечатление?

♦ Способность выдерживать нагрузки психотерапевтического процесса: насколько, по мнению психотерапевта, пациент готов выдержать те неприятные переживания, которые сопровождают психотерапию?

♦ Напряженность: нет ли у психотерапевта впечатления, что пациент легко возбуждается, находится в напряжении вне зависимости от ситуаций, с которыми сталкивается, или подвержен чувству страха?

♦ Вербальные способности: насколько хорошо может пациент выражать словами то, о чем говорит.

♦ Интеллект: как психотерапевт примерно оценивает интеллект пациента?

♦ Способность к интроспекции: насколько пациент способен "заглянуть в себя", насколько ему доступна саморефлексия?

♦ Интроверсия/экстраверсия: общителен ли пациент, импульсивен, оптимистичен, или его скорее можно назвать спокойным, серьезным, осторожным, сдержанным, замкнутым?

♦ Испытываемые страдания: насколько, по мнению психотерапевта, пациент действительно страдает?

♦ Поведенческий репертуар: насколько разнообразен поведенческий репертуар пациента, знает ли он, что он может предпринять в той или иной ситуации?

Выше речь шла о субъективных оценках психотерапевта, даваемых некоторым качествам пациента. Эти качества образуют, как уже говорилось, так называемую основу имеющих значение для психотерапевта свойств и способностей пациента, на которых основывается оценка пригодности пациента к краткосрочной психотерапии. Названные личностные качества полезно, как показали эмпирические исследования, оценивать, решая вопрос о том, подходит ли ПО-терапии для данного пациента.

6.2. Особенности психотерапевта

Качество отношений между психотерапевтом и пациентом — важнейший фактор успеха психотерапии. Эти отношения могут претерпевать изменения, но в краткосрочной психотерапии времени и пространства для желательного формирования таких отношений

бывает меньше, чем в долгосрочной. Тем больше внимания должен обращать психотерапевт на свои первые, непосредственные, эмоциональные реакции на пациента. Существует несколько проверенных на практике положений, касающихся эмоционального состояния психотерапевта:

♦ Интерес к данному конкретному случаю: насколько интересует Вас данный случай с психотерапевтической или научной точки зрения?

♦ Симпатия: насколько симпатичен Вам данный пациент? (Речь идет о Вашем субъективном отношении).

♦ Чувство, что Вы можете помочь пациенту: в какой мере пациент вызывает у Вас чувство, что Вы можете помочь ему? (Такие внешние факторы, как ограниченность времени, отсутствие интереса и т.д. здесь никакой роли не играют.)

Проанализируем некоторые из возможных сочетаний трех названных выше эмоциональных качеств психотерапевта.

♦ Вы как психотерапевт с самого начала не испытываете к пациенту ни интереса, ни симпатии, и к тому же чувствуете себя беспомощным в профессиональном отношении. Совершенно очевидно, что такого пациента Вам следует направить к другому специалисту.

♦ Вы испытываете к пациенту лишь симпатию, но профессионального интереса к нему (как и чувства профессиональной компетенции) у Вас нет. Следовательно, Ваши отношения с пациентом будут складываться преимущественно на эмоциональном уровне, что затруднит психотерапию.

♦ Пациент Вам симпатичен и Вы чувствуете, что как профессионал межете ему помочь, но устойчивого интереса он у Вас не вызывает. Это значит, отсутствет важная предпосылка успеха.

♦ Вы испытываете к пациенту интерес и считаете, что достаточно подготовлены как профессионал, чтобы помочь ему. Однако пациент вызывает у Вас антипатию. Вам следует иметь в виду, что краткосрочная психотерапия оставляет слишком мало времени для преодоления этой антипатии. В этом случае пациента лучше направить к другому психотерапевту.

Рассмотренные четыре из восьми возможных сочетаний наглядно показывают важность каждого из трех этих чувств психотерапевта: интерес к данному случаю, симпатия к пациенту, чувство, что Вы можете ему помочь. В идеале заниматься психотерапией следовало бы только с теми пациентами, которые вызывают у Вас указанные три чувства.

Психотерапевт должен учитывать, что его интерес к пациенту, чувство, что он может помочь пациенту и симпатия к пациенту — очень важные моменты при решении вопроса о психотерапевтической работе с данным пациентом. В идеальном случае должны присутствовать все три момента.

6.3. Дополнительные замечания

Если одним полюсом психотерапевтической работы считать действия во время кризиса, а другим — долгосрочную психотерапию (психоаналитическую), то ПО-терапия с ее 15-20 сессиями займет место где-то между этими полюсами. Структура и продолжительность ПО-терапии приближают ее скорее к психотерапии в кризисных ситуациях, чем к долгосрочной. Приводимые ниже описания показаний для психотерапии в кризисных ситуациях и долгосрочной психотерапии, сроки завершения которой заранее не оговариваются, позволяют лучше понять показания для ПО-терапии, которая, как указывалось, занимает промежуточное место между двумя этими формами психотерапии.

О показаниях для **психотерапии кризисных ситуаций** (см. гл. 10): можно говорить, когда:

♦ психическое состояние пациента в результате испытываемого им кризиса может быть охарактеризовано как острая декомпенсация, и пациент испытывает сильные и болезненные переживания (например: состояние паники, острое отчаяние, тяжелая тоска, такие психофизиологические нарушения, как гипервентиляция, вегетативный сердечно-сосудистый синдром и т.п.)

♦ имеют место некоторые особые признаки острого кризиса. Они могут быть вызваны определенными ситуациями (например, попытка суицида, тяжелый кризис в супружеских отношениях, внешняя или внутренняя опасность — страх перед экзаменами, потеря работы, изнасилование, автокатастрофа или авария в шахте и т.д.). Но острый кризис может также быть связан с возрастными процессами, происходящими в человеке (например, половое созревание, климакс, старение). При определенных условиях или предрасположенностях указанные процессы могут вызывать экзистенциальный или, так называемый, жизненный кризис.

♦ за несколько (от трех до шести) психотерапевтических сессий можно добиться достижения определенной цели. Ею может быть хотя бы восстановление предшествовавшего кризису равновесия или, если возможно, улучшение психосоциальной адаптированности.

Часто в результате кризиса окружение пациента подвергается не меньшей нагрузке, чем он сам. Может оказаться необходимым распространить психотерапевтические мероприятия также на лиц, наиболее тесно связанных с пациентом.

Показаниями для долгосрочной психотерапии служат прежде всего те нарушения, которые наиболее сильны или продолжаются так долго, что вызывают в пациенте психопатологические изменения ("нарциссизм", "пограничные случаи", "неврозы характера", т.е. нарушения, для которых характерны не столько определенные, хорошо заметные изменения в поведении, сколько продолжающиеся длительное время трудности адаптации).

В своей рабочей концепции психотерапевт чаще всего исходит из того, что такие нарушения обусловлены историей жизни пациента и соответственно носят хронический характер. Как правило, здесь поводом для психотерапии бывают не какие-либо острые события или связанное с кризисом эмоциональное напряжение. Чаще всего психотерапевт и пациент сходятся во мнении, что здесь уместен продолжительный “процесс учения", который должен вести к коренным изменениям поведения пациента. Пациент вкладывает в устанавливающиеся отношения свои согласие, время и деньги, а психотерапевт — достаточную профессиональную заинтересованность.

Показания к проблемно-ориентированной психотерапии занимают часто промежуточное положение между двумя описанными полюсами: психотерапией кризисных ситуаций и долгосрочной психотерапией. Отсюда следует, что большинству пациентов, которым показана ПО-терапия, присущ широкий диапазон признаков.

Подводя итоги, можно сказать, что пациенту рекомендуется ПО-терапия в тех случаях, когда:

♦ при первом контакте с психотерапевтом он не проявляет никаких признаков острого кризиса;

♦ он испытывает эмоции, заставляющие его страдать, но страдание это не чрезмерно;

♦ причины, по которым пациент обращается за психотерапевтической помощью, хорошо распознаваемы, поддаются формулировке, позволяют сделать соответствующие конкретные психотерапевтические шаги, понятные и одобряемые не только психотерапевтом, но и пациентом.

Проблемы, попадающие в эту категорию, могут быть рационально проработаны за 15-20 сессий.

7. ПАЦИЕНТЫ В ПО-ТЕРАПИИ

7.1. Определение проблемы вместо нозологических категорий

Психиатрия как часть медицины по традиции заимствовала у нее положение: "Без диагноза нет лечения". Внимательные наблюдения, однако, снова и снова показывают, что установление диагнозов ничего по существу не меняет, что диагноз сам по себе не содержит указаний относительно необходимых действий, показаний к психотерапии. Непреложным является тот факт, что картина болезни (а тем самым и диагноз) может обуславливаться различными факторами, а при выборе психотерапевтических средств следует руководствоваться причинами болезни. Если, например, кому-то ставят диагноз "невротическая депрессия", то психотерапевт будет лечить этого пациента, используя различные методы психотерапии. Правильно в нозологическом отношении диагностированная депрессия может быть вызвана различными причинами, о которых диагноз ничего не говорит.

Если же охарактеризовать этого же человека как "имеющего низкую самооценку" или как "неспособного добиться чего-либо, неспособного защитить себя", или представить его проблему, сформулировав ее как это предлагалось в раздю 5.2-5.4, мы получим значительно более важную информацию. Совершенно очевидно, что в случае человека с низкой самооценкой, неспособного к достижениям и с подавленной агрессией необходимо разработать такие психотерапевтические стратегии, которые будут направлены именно на устранение этих недостатков.

Решая вопрос о показаниях, мы руководствуемся в ПО-терапии определением проблемы и не придаем значения диагнозу.

Стратегию психотерапии мы выбираем, определяя проблему, как об этом говорилось в разд. 2.1. Она, в свою очередь, содержит различные психотерапевтические методы, а те включают в себя различные психотерапевтические интервенции.

П р и м е р. Пациенту, мужчине 62 лет, был поставлен диагноз "депрессия". Он жалуется на безразличие ко всему и нежелание работать. Охотнее всего он перестал бы ходить на работу и до срока вышел бы на пенсию. В результате анализа проблемы была получена формулировка: "Я стою на пороге пенсии, а цели, поставленной перед собой, не добился. Это доказывает, что я ничего не стою. В роли отца я тоже оказался неудачником. Поэтому больше всего я хотел бы выйти из этой игры. В чем я нуждаюсь, так это в переживании какого-нибудь успеха до того, как я уйду на пенсию".

С согласия пациента в определение проблемы не были включены его плохие отношения с женой, поскольку они не были непосредственной причиной депрессивной декомпенсации.

В данном случае психотерапевтическая стратегия может быть такой: пациент желает добиться большого успеха, чтобы с честью уйти на пенсию. Один из молодых сотрудников обошел его в движении по служебной лестнице. Это подсознательно возродило и активизировало его старое соперничество и конфликты с сыном, которые пациент переживает теперь в виде чувства "я плохой отец", а также соответствующего, обостренного депрессией чувства вины.

Задача заключается в том, чтобы помочь пациенту добиться желанного успеха на поведенческом уровне (руководитель рабочей группы). Кроме того можно попытаться, насколько это позволяют отношения и способности пациента, помочь ему осознать

проблематику его отношений с сыном.

В число необходимых для этого психотерапевтических методов могут входить методы изменения поведения, установок и схем мышления. Что касается отношений с сыном, то здесь нужны методы, активизирующие сознание.

Как показывает этот пример, сила мультимодальной, эклектической психотерапии заключается в свободном, гибком выборе психотерапевтических методов. Психотерапевт имеет возможность использовать те психотерапевтические методы, которые обещают успех.

В этой связи часто подвергается критике полипрагматизм. Полипрагматизм означает, что психотерапевт AD HOC применяет один метод за другим. Вместе с пациентом переходит от проблемы к проблеме, выбирая те, которые наиболее злободневны в данное время, и игнорирует теоретические или стратегические соображения. При таком подходе остается также мало места для рефлексии и самокритики, поскольку в трудных ситуациях психотерапевт не может использовать какую-либо модель, которая облегчила бы ему выбор нового направления. Поэтому полипрагматизм можно сравнить с работой пожарников, которые направляют струи воды туда, где языки пламени самые высокие, не задумываясь о причинах и взаимосвязях.

Эклектицизм в нашем понимании предполагает прагматическую ориентацию и, тем самым ориентацию на то, что приносит пользу, но мы не теряем из виду лежащую в основе психотерапии модель, нашу модель ПО-терапии. При оптимальном эклектическом выборе психотерапевтических методов принимаются во внимание такие:

- проблема и понимание проблемы пациентом,
- личность пациента,
- способности пациента,
- личность психотерапевта,
- способности психотерапевта,
- объем времени, отводимого для психотерапии.

Выбору методов работы в ПО-терапии предшествует вопрос: "Что могу я как психотерапевт с моими умениями и ограничениями предложить в качестве психотерапевтической помощи этому пациенту как личности с его теперешними проблемами, чтобысовместно добиться сформулированной цели?"

7.2. Соответствие психотерапевтических методов характеру проблемы

Определение проблемы — отправная точка всех размышлений, касающихся выбора методов. На его основании разрабатывается стратегия психотерапии. Стратегия психотерапии — это та руководящая линия, которая определяет применение определенного метода или нескольких методов (см. гл. 8) для достижения психотерапевтической цели. Стратегия описывает путь к цели.

Исследования пока еще не выявили, как изменяют поведение те или иные психотерапевтические методы и вытекающие из них психотерапевтические действия. Мы предполагаем, однако, что, например, тот или иной метод, способствующий активизации сознания, оказывает не то же самое воздействие, как метод, вызывающий активизацию чувств. Оба эти метода могут вести к изменениям поведения, улучшению самочувствия и т.п. Такие предположения позволяют нам сделать упор на описании проблем, наиболее часто встречающихся в амбулаторной практике. Затем, в зависимости от проблемы, подбираются психотерапевтические методы. Подобный подход заменяет, как уже говорилось, нозологические диагнозы, которые не могут служить основаниями для тех или иных действий психотерапевта.

Конструкция ПО-терапии позволяет одновременно работать с несколькими аспектами проблемы, как это описано в разд. 5.4.

В качестве уступки тем, кто интересуется нозологией, мы приводим несколько примеров. Мы хотим подчеркнуть, что диагнозы, основывающиеся на медицинской классификации (в данных случаях на DSM) ничего не говорят о причинах нарушений. В противоположность этому в ПО-терапии поиску причин, осуществляемому в виде анализа проблемы и определения проблемы, отводится центральное место.

1. Человек с низкой самооценкой. В результате определения проблемы удается прийти к выводу, что пациент страдает от нарушений поведения, следствием чего бывает низкая самооценка, порождающая недостаточную веру в собственные силы или агрессивную заторможенность. Пациент демонстрирует негибкое, одностороннее мышление, а в эмоциональном плане — агрессивность. В данном случае в рамках ПО-терапии могут быть использованы описанные в разд. 8.2. стратегии, направленные на решение проблем и изменение шаблонов мышления.

Если же при определении проблемы выясняется, что в данном случае главная роль принадлежит нереализованному стремлению к самоутверждению и его последствиям, то предлагается поведенческий тренинг, поддерживающий чувство собственного достоинства.

Если при определении проблемы оказывается, что сильная агрессивность осознается пациентом или, может им быть осознана, но он не способен проявить ее в отношении объекта в адекватной форме, то показан какой-либо из методов, способствующих проявлению агрессии или уменьшению влияния сдерживающих ее факторов. Такая проблема соответствует, как правило, диагностическим категориям, приводимым ниже. Но мы еще раз подчеркиваем, что формулируемые нами проблемные области не идентичны нозологическим диагнозам, поэтому перечисление диагнозов мы приводим лишь для тех, кому присуще мышление в диагностических категориях.

Диагностические категории, DSM-IIIR, относящиеся к данной проблеме, — это, например:

300.40 Невротическая депрессия

309.00 Продолжающаяся короткое время депрессивная реакция

309.10 Продолжающаяся длительное время депрессивная реакция

309.40 Трудности адаптации к социальным условиям с депрессивной симптоматикой

301.60 Астеническая личность

301.84 Пассивно-агрессивная личность

301.81 "Нарцистические нарушения"

311.00 Депрессивные нарушения

2. Человек, испытывающий нехватку энергии или чрезмерные трудности в общении. Если человек испытывает чрезмерные трудности в общении, то это говорит об его недостаточной социальной компетентности или чрезмерном контроле за своими импульсами. В этом случае психотерапевту предстоит выбирать между, скажем, методами, изменяющими поведение, и методами, активизирующими эмоции. При нехватке энергии может оказаться необходимым повысить активность пациента, указать ему на возможности, какими он располагает, и оказать ему поддержку.

Диагностические категории, имеющие отношение к такой ситуации, это, например:

300.81 Нарушения, вызывающие соматические симптомы

301.60 Астеническая личность или зависимая личность

3. Человек с телесными симптомами. Функциональные или психосоматические недуги могут рассматриваться как недоступные сознанию психические конфликты, проявляющиеся в теле. В психотерапии в таком случае упор делается на методах, активизирующих сознание, а также на методах, способствующих расслаблению, лучшему восприятию своего тела. Часто бывает целесообразно начать с методов, способствующих

улучшению восприятия собственного тела, поскольку именно телесные недуги привели пациента к психотерапевту. С помощью методов, активизирующих сознание, во второй фазе можно установить связи между телесными недугами и их причинами.

В числе диагностических категорий по DSM-IIIR:

300.10 Истерический невроз

301.50 Истерическая личность

306. Телесные функциональные нарушения психического происхождения

307.50 Другие нарушения и некоторые нарушения в привычках,касающихся питания

311 Нарушения, связанные с переходом в другую религию

308.10 Преимущественно нарушения сознания

309.82 Трудности адаптации к телесным недугам

4. Человек с проблемами в межличностных отношениях. Проблемы в межличностных отношениях могут проявляться в виде острых конфликтов в отношениях или в виде хронических нарушений способности устанавливать и поддерживать отношения. В последнем случае краткосрочной психотерапии недостаточно. Здесь необходима продолжительная работа. В легких случаях проблем с отношениями иногда на сессию можно пригласить партнера или же психотерапевт может заняться партнером отдельно. Если же речь идет о конфликтах или длительное время продолжающихся нарушениях в отношениях, рекомендуется так называемая "психотерапия партнеров", осуществляемая вне рамок ПО-терапии. Проблемы отношений, в которых преобладает сексуальная симптоматика, переносятся на специальные сессии. Проблемы отношений присутствуют во многих нарушениях, но диагностические ключи не содержат их точного описания. К ним могут быть отнесены также все картины параноидных состояний и случаев повышенной чувствительности. И они мало подходят для ПО-терапии. Человек с повышенной чувствительностью получает больше пользы от психотерапии когнитивного типа, осуществляемой без чрезмерного обращения к эмоциям, чем от психотерапевтических мероприятий, направленных на повышение его активности, в которых он может увидеть угрозу для себя.

Значительно чаще имеют место нарушения, которые по традиции называют "истерическими". Чрезмерная потребность в самоутверждении, в привлекательности, а также демонстративное выражение своих эмоций и эгоцентрическая установка ведут к трудностям в формировании отношений. В психотерапии в таких случаях часто бывает показан анализ проблем, содержащий конфронтацию, и стратегия, направленная на изменение поведения.

Диагностические категории по DSM-IIIR:

300.23 Социальная фобия

301.50 Истерическая личность

5. Человек, испытывающий страх и напряжение. Наиболее частым клиническим проявлением порожденного конфликтами напряжения является страх. Синдром страха, если только речь не идет о фобиях, не обязательно порождается какой-то определенной причиной. В этом случае целесообразно, пожалуй, поискать такую причину с помощью методов, способствующих активизации сознания, и совместно с пациентом разработать теорию, с помощью которой он мог бы объяснить происхождение своего состояния страха. В случае фобий или других состояний, при которых источники страха очевидны, могут применяться стратегии, предусматривающие десенсибилизацию или изменения когнитивных структур.

Диагностические категории по DSM-IIIIR:

300.00 Невроз страха

300.20 Фобия

308.00 Острая реакция на чрезмерные нагрузки, в которой преобладают эмоциональные нарушения

309.20 Трудности адаптации с симптоматикой преимущественно в сфере эмоций

312.30 Нарушения в социальном поведении с симптоматикой в сфере эмоций

300.01 Синдром паники

6. Человек, неспособный в достаточной мере контролировать свои побуждения. Недостаточный контроль за побуждениями имеет место тогда, когда пациент испытывает трудности в межличностных отношениях в результате несдержанности, вспыльчивости и необдуманных поступков. В некоторых случаях подобное поведение может служить тревожным сигналом приближающейся декомпенсации. У других пациентов оно может быть просто выученным, хроническим образом действий. В качестве психотерапевтических мероприятий здесь могут быть полезны методы, направленные на изменение поведения, в сочетании с когнитивными методами, с помощью которых пациент может предвидеть утрату контроля и противостоять ей. Если психотерапевт видит в таких нарушениях симптом какой-то глубоко лежащей причины, то эту причину следует поискать с помощью когнитивного анализа или методов, направленных на активизацию сознания.

Диагностические категории по DSM-IIIR:

301.83 Пограничные нарушения

301.70 Асоциальная личность

301.50 Истерическая личность

7. Человек, осуществляющий чрезмерный контроль за собой. Люди, чрезмерно контролирующие себя, неспособны действовать спонтанно, так как в своих поступках следуют определенным схемам. Их часто огорчает собственная замкнутость, неспособность быть откровенным. О неспособности выражать свои чувства речь пойдет еще впереди, здесь же остановимся главным образом на навязчивом поведении, которое воспринимается самим пациентом как неадекватное или нецелесообразное. Часто пациент борется с этим, усваивая определенный образ действий или размышляя на определенные темы. Но нежелательные схемы поведения или навязчивые мысли вновь и вновь возвращаются. Такие схемы поведения могут касаться и каких-либо мелких элементов, и склонности контролировать все свое поведение, требовать от себя обязательного соответствия тем или иным нормам социальной адаптированности или результативности.

Психотерапия прежде всего здесь должна быть направлена на ослабление существующих жестких схем поведения. Всего лишь обдумывание нежелательного поведения и изменение отношения к нему обычно не дает большого успеха. Значительно эффективнее оказывается использование нового образа действий в прежних ситуациях, как это описано в разд. 8.3. Люди, чрезмерно контролирующие себя, часто бывают неспособны достаточно полно выражать свои чувства и избегать скованности, особенно в определенных ситуациях. В работе с людьми, чрезмерно контролирующими себя, скованными, подойдут методы, которые способствуют проявлению эмоций: улучшают восприятие собственного тела и позволяют добиться расслабления.

8. Нервный человек. Словом "нервозность" неспециалисты обозначают самые различные психические нарушения — как незначительные, так и серьезные. Однако обычно речь идет о беспокойстве, проявляющемся или в движениях, или скрытно, без каких-либо заметных нарушений поведения. Пациент испытывает сильный стресс, чувствует себя загнанным, неспособным расслабиться, и нередко демонстрирует функциональные соматические нарушения. Вторичные нарушения часто ведут к страданиям. Падает, например, работоспособность, и пациенты жалуются на ухудшение способности к концентрации или повышенную утомляемость.

Такие жалобы трактуются в ПО-терапии как серьезные признаки декомпенсации, и в них нетрудно бывает увидеть симптомы того или иного нарушения. Начинать принято в ПО-терапии с рассмотрения нарушений как таковых, а не обращаться к предполагаемым причинам. Особенно это касается тех случаев, когда пациент испытывает страдания в результате тех или иных нарушений, и не может распознать лежащие в их основе

причины.

Психотерапия включает методы, способствующие улучшению восприятия пациентом своего тела, и методы расслабления. Результатом уже через непродолжительное время бывает восстановление адаптационных возможностей пациента даже в тех случаях, когда предполагаемые причины нарушений не устраняются. Если в результате такого лечения симптоматика не улучшается, следует расширить стратегию психотерапии, дав предварительно новое определение проблемы (см. разд. 5.2 и 5.3).

9. Человек, неадекватно выражающий свои чувства. Лишь в очень редких случаях пациенты по собственной инициативе рассказывают о своей неспособности выражать чувства или о неадекватном их выражении Значительно чаще такой диагноз ставит психотерапевт. В последнее время все чаще обращают внимание на то, что пациенты оказываются неспособны распознать и соответствующим образом выразить свои чувства. В случае соматических болезней такое нарушение обозначают термином "алекситимия", но как показывает практика, это нарушение часто выступает совместно со многими другими. С неспособностью выражать чувства или с неадекватным их выражением часто бывают связаны: навязчивое поведение; депрессия, не сопровождающаяся проявлениями сильных эмоций; функциональные нарушения, общая нервозность.

Методы, способствующие проявлению эмоций (см. разд. 8.4), как и методы улучшающие восприятие пациентом своего тела и его способность к расслаблению, могут применяться в этих случаях как вспомогательные психотерапевтические средства. Эти методы следует использовать в дополнение к другим психотерапевтическим средствам. Но методы, направленные на улучшение способности пациента проявлять эмоции, не могут считаться достаточной и разумной психотерапией, если не сочетаются с другими стратегиями.

8. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

8.1. Методы, способствующие активизации сознания

8.1.1. Основной принцип

Не вызывает сомнений существование в психике человека неосознанного, неосознанных сил. Представления о бессознательном, сложившиеся в психоанализе, за последние десятилетия претерпели существенные изменения и теперь роль его не сводится к конфликтам, возникающим в результате существования инстинктов. Присутствие бессознательного признается на всех уровнях аппарата психики, а также его влияние на все психические процессы. И все же несмотря на такое расширение представлений о роли бессознательного, нам кажется, что значение связанных с инстинктом конфликтов и анализа сопротивления понимается слишком односторонне.

Существенное расширение к настоящему времени теории психоанализа связано с разработкой теории объектных отношений.

Теория объектных отношений основывается на данных, полученных после Фрейда, сначала последователями М. Клейн, затем представителями Я-психологии 50 и 60-х годов (Хартман, Малер и др.), еще позже "психологией самости" Когута и, наконец, Кернбергом. Теория объектных отношений исходит, как известно, из того, что по мере развития ребенка в раннем детстве постепенно, шаг за шагом, формируется его самобытность. Данные, полученные в самое последнее время (Б. Штерн, И.Д. Лихтенберг), свидетельствуют о том, что способность ребенка к восприятию ухаживающих за ним

людей (объектов) развивается у него через сравнительно короткое время после рождения. При этом образуются и "откладываются" в психике представления индивида как о самом себе, так и о других людях (так называемых, "объектах"), прежде всего о матери и отце. Этот процесс продолжается на протяжении детства и подросткового возраста, а затем и у взрослого человека. У человека постоянно складываются и откладываются в психике новые представления в виде схем. Одновременно эти внутренние представления определяют формирование межчеловеческих отношений.

Считается, что при психических болезнях эти вошедшие во внутреннюю структуру психики человека схемы нарушаются или становятся неадекватными, что ведет к неосознаваемым действиям. Так, неосознаваемые схемы отношений могут проявляться при общении с другими людьми в том, что эти последние ("объекты") вообще не воспринимаются человеком как нечто реальное и, как следствие, у него возникает отчужденность и чувство, что его не понимают.

В рамках психодинамической концепции оперируют такими понятиями как "субъект", "объекты" и их внутрипсихической репрезентацией как частью бессознательной психической организации.

Схемы отношений, откладывающиеся в психике в виде определенных шаблонов, могут деформироваться под влиянием самых разных факторов: в результате неосознания намерений реальных индивидов, в результате расщепления* [*Расщепление — разделение субъектом позитивного и негативного в образах "Я" и объектов. — *Прим. переводчика*.] проекции*, [*Проекция . — *Прим. переводчика*.] идеализации, переоценки и т.д. В реальном мире пациента эти нарушения чаще всего переживаются как конфликты отношений. Часто они сопровождаются сильными и вызывающими страдания эмоциями.

Различным авторам удалось на базе сложной метапсихологической концепции разработать психотерапевтические методы и показать возможности их применения на практике. Так, Люборски, например, говорит об "основном конфликте отношений". Внутренняя схема подразделяется здесь на такие сегменты, как "сама личность", "объект", а также соответствующие желания и опасения. Томэ и Кехеле создали вышедший в свет на немецком языке учебник, в котором в доступном виде излагаются эти новые достижения психоанализа.

Любая психотерапия предполагает межличностные отношения — отношения между пациентом и психотерапевтом. И, конечно же, в ходе психотерапии возможны помехи в этих отношениях, конфликты.

Их осознание может быть необходимым или, по крайней мере, полезным психотерапевтическим процессом. В каком объеме методы активизации сознания используются в ПО-терапии? В таком, какой необходим или желателен для определения проблемы. Понимание неосознаваемых взаимосвязей может позволить человеку получить представление как о схемах конфликтов, усвоенных в прошлой жизни, в детстве (вертикальный процесс), так и о схемах его теперешних отношений, где имеют место нарушения (горизонтальный процесс), а также о возможностях исправления этих отношений и адаптации. Лишь новая психоаналитическая трактовка теории объектных отношений открывает возможность ее применения к социальной проблематике и вопросам межличностных отношений. В наше время недоступные непосредственному наблюдению конструкции, которые создавались психотерапевтами в результате представлений о динамике инстинктов, сменились четкими концепциями динамики межличностных отношений.

Один из главных признаков ПО-терапии — ее "прозрачность". Психоаналитические концепции излагаются здесь понятным, ясным, повседневным

языком. Они могут найти применение как в ходе анализа проблемы, так и при определении проблемы. Если выбранная психотерапевтом стратегия предполагает применение наряду с другими методами и методов активизации сознания, то в рамках ПО-терапии речь будет идти в первую очередь не об осознании аспектов, связанных с инстинктами, а об объяснении социальных мотивов или схем отношений.

8.1.2. Показания

В межчеловеческих отношениях всегда имеет место элемент бессознательного, понимаемого так, как об этом говорилось выше. Но в ПО-терапии не всегда бывает целесообразно заниматься бессознательным. В начале следует выяснить, показан ли в данном конкретном случае довольно трудоемкий процесс осознания, а также осуществим ли он. Как известно, большинство приемов, используемых в глубинной психотерапии и направленных на активизацию сознания, подходят для долгосрочной психотерапии Изучение психоаналитических краткосрочных видов психотерапии (разд. 1.2) позволяет, однако, утверждать, что при соответствующем подходе методы, способствующие активизации сознания, вполне приемлемы и при ограниченном во времени психотерапевтическом процессе (как это имеет место при ПО-терапии).

Можно допустить, что и в ПО-терапии характер отношения пациента к психотерапевту позволяет увидеть неосознаваемую пациентом модель присущих ему конфликтных отношений. При соответствующих условиях такие наблюдения могут быть использованы при определении проблемы, а их разъяснение может составить часть цели психотерапии. На практике это особенно относится к следующим ситуациям:

а) Когда речь идет о повторяющейся схеме межличностных отношений, которые могут быть поняты как **повторение старых схем поведения (навязчивые повторения).** Такие искаженные схемы поведения проявляются также в психотерапевтических отношениях и могут, если над ними соответствующим образом не поработать, мешать достижению цели психотерапии.

Пациент незаметно попадает в плен так называемых автоматических мыслей, иррационального мышления или стереотипных установок. Психотерапевт должен решить, будет ли он работать с этими феноменами с помощью исключительно когнитивных методов (см. разд. 8.2), или же эти методы будут использоваться лишь как вспомогательные. (см. также разд. 7.2 "Человек с проблемами в межличностных отношениях", "Человек, недостаточно контролирующий свои побуждения" и "Человек, неадекватно выражающий свои чувства").

б) Когда проблемы пациента связаны не только с его теперешней ситуацией ("здесь и сейчас"), но главным образом объясняются его **ранним психическим развитием** ("там и тогда").

Тогда обращение к биографии пациента может быть необходимым, но не достаточным условием. Говоря другими словами, распознания неосознанных конфликтов прошлого недостаточно для решения теперешних проблем. Так, например, в случае пациента, страдающего фобией, может оказаться необходимым одновременно с работой по активизации сознания или еще до нее использовать когнитивные стратегии (см. разд. 8.2 и 8.3), чтобы выделить соответствующие симптомы. Точно также в случае пациента, страдающего депрессией, его склонности отступать перед трудностями можно противостоять не только активизацией отношений его с другими людьми, но и активизацией его сознания, что позволит выявить роль присущей ему низкой самооценки в формировании такой склонности.

В соответствии с принципом плюрализма методов активизация сознания часто сочетается с другими методами. (см. также разд. 7.2). Методы активизации сознания показаны в большинстве из приводимых там случаев, особенно же в отношении людей с

низкой самооценкой.

в) Когда проблема проявляется **преимущественно в виде симптомов**, выполняющих недоступную сознанию функцию. Это могут быть соматические нарушения, например, конверсия — в фобиях, навязчивых действиях и т.д. (см. разд. 7.2, особенно "Человек с телесными симптомами", "Человек, неспособный адекватно выразить свои чувства", "Чрезмерно контролирующий себя человек").

г) Когда то или иное поведение пациента или его манера держать себя настолько мешают ходу психотерапии, что продолжение целесообразной работы становится возможным лишь после выявления неосознаваемых мотивов (см. также "Сопротивление").

8.1.3. Практическое применение

а) Фокусировка на определенной теме. Как известно, правила классического психоанализа требуют проводить психотерапевтический процесс так, чтобы у пациента образовался так называемый невроз переноса (см. ниже). Вот почему Фрейд требовал от психотерапевтов "неучастия" ("абстиненции"), выражающегося, например, в молчании или в том, что на вопрос пациента психотерапевт отвечает вопросом. В классическом психоанализе пациент должен образовывать так называемые "свободные ассоциации". Ему предлагается сообщать в подходящей для него форме обо всем, что спонтанно (в виде "ассоциаций") приходит ему в голову. Психотерапевт при этом выслушивает фантазии пациента с так называемым "пассивным вниманием". Психотерапевт должен, таким образом, проявлять достаточное внимание к тому, что сообщает пациент, рефлексировать свои собственные мысли и идеи, возникающие в связи с сообщаемым, и время от времени соответствующим образом отвечать пациенту.

В краткосрочной психотерапии вообще, а в ПО-терапии в особенности, структура психотерапевтического процесса бывает значительно более четкой, чем в классическом психоанализе. Практически во всех видах краткосрочной психотерапии ясно обозначается направление работы или же выбирается определенный психодинамический фокус (см. разд. 1.2.). Такой фокус в ПО-терапии может быть сформулирован в виде определения проблемы или ее части в тех случаях, когда задача в первую очередь заключается в выявлении неосознаваемых конфликтов в отношениях. Активизация сознания пациента при этом достигается главным образом посредством разъяснения ему неосознаваемых им (или недостаточно осознаваемых) мотивов, способствующих возникновению конфликтов. Речь может идти об его страхах и опасениях, об его желаниях и надеждах, которые практически всегда бывают связаны со значимыми для него людьми. Таким образом, психотерапевтическая работа бывает направлена на то, чтобы объяснить пациенту, во-первых, его внутренние **суждения о "себе"** ("я слабый и зависимый"), во-вторых, его **мотивы в виде желаний и/или опасений** ("мне необходима помощь", "один я пропаду") и, в-третьих, роль, приписываемую **им значимой личности, выступающей как "объект"** ("только мой муж может дать мне все это").

Как уже говорилось, Люборски назвал подобные убеждения "Основным конфликтом отношений" и дал четкое их описание. Затем многие авторы сообщали, что подобные вопросы приходится рассматривать практически в каждой психотерапевтической сессии. Но в ПО-терапии существует правило, согласно которому рассматриваются лишь те вопросы, которые тесно связаны со сформулированной проблемой.

П р и м е р. У пациентки в возрасте 62 лет после смерти мужа отмечалась патологическая реакция печали, включавшая также чрезмерную идеализацию умершего партнера. В ходе ПО-терапии постепенно удалось выявить вытесненную пациенткой потребность в том, чтобы быть зависимой, которая в другой форме проявлялась также в ее отношениях со старой матерью и третировавшей ее сестрой. По мере осознавания

пациенткой этого обстоятельства ее зависимость от различных значимых для нее лиц ("объектов") уменьшалась.

В данном примере пациентка после смерти мужа чувствовала себя бессильной, покинутой женщиной. Болезненные переживания одновременно активизировали те находившиеся внутри ее психики схемы, которые прежде, особенно в детстве, были связаны с чувством неприятия ее значимыми для нее людьми, которые третировали ее (мать, сестра). С помощью установления связи между ранним жизненным опытом, переживаниями в связи с потерей супруга и чувствами в отношении психотерапевта удалось выявить порождавшие конфликт мотивы отношений и добиться устранения конфликтов.

Мужчина в возрасте 30 лет с нарциссическими расстройствами в ходе ПО-терапии все больше и больше осознавал, что его фантазии о собственном величии в конечном итоге были формой компенсации глубоко лежащего чувства недовольства собой. В тех случаях, когда ему как инженеру, специалисту по электронике, давались чрезмерно трудные задания, он никогда не мог возразить начальству и коллегам по работе и брал на себя роль великого специалиста. Фантазии этого человека о собственном величии соответствовали усвоенной им схеме, согласно которой его "Я" было непропорционально раздуто, а "объектам" (значимым для него индивидам) наоборот давалась низкая оценка. Желание блеснуть, вызвать восхищение вело при чрезмерных нагрузках на работе к состоянию полной неудовлетворенности собой, чувству собственной ничтожности и бездарности. При этом пациент ориентировался на другую усвоенную им схему, согласно которой он был слабым, а "объекты" мощными, обладавшими большим превосходством над ним.

Оба примера показывают, что осознание никогда не означает лишь понимание на когнитивном уровне. Оно всегда вызывает соответствующие чувства, которые пациент должен постепенно научиться принимать и выражать (см. также разд. 8.4).

б) Формирование психотерапевтических отношений

Конфликты в отношениях могут проявляться тогда, когда выученные в прежних отношениях схемы поведения оказываются неуместными в новых условиях. Не вызывает сомнений, что люди бывают склонными прибегать к выученным ранее схемам поведения ("шаблонам") и в новых ситуациях, которым они, эти схемы, не соответствуют. Эти ранее заученные и тогда, возможно, полезные формы поведения, теперь предстают анахронизмами, особенно когда они в неизменном виде применяются в отношениях с другими людьми. Повторение таких "сценариев" происходит, как правило, неосознанно. В психоанализе этот феномен получил название **"навязчивое повторение".** Будучи элементом любого человеческого общения, он выступает также в психотерапевтических отношениях как так называемая **реакция переноса**. Склонность к спонтанному переносу проявляется, следовательно, не только в психотерапевтических ситуациях, но в ходе психотерапии она поддается проработке. Есть люди, у которых в результате такой "путаницы" постоянно возникают трудности в новых ситуациях или при установлении контактов с новыми людьми. Им явно необходимо в определенной мере активизировать свое сознание. В классическом психоанализе с этой целью прибегают к поддержке регрессии и избегают реакции переноса. Здесь важную роль играет диалог, что предполагает совместные (с участием и клиента, и психотерапевта) определение проблемы и времени достижения цели. Психотерапевт в общении с пациентом не ограничивается активным слушанием, все его поведение "ориентировано на пациента", он старается выразить свое уважение к пациенту, соглашаясь в ходе диалога с ним. Но при активизации сознания в ПО-терапии правило классического психоанализа, согласно которому психотерапевт в ходе сессии большей частью молчит или же отвечает на вопросы пациента вопросами ("абстиненциям"), неприемлемо (см. разд. 4 и 3.2). Пациент и психотерапевт в ПО-терапии совместно определяют проблемы и намечают время достижения цели, а это предполагает диалог. ПО-терапевт в общении в пациентом не

ограничивается активным слушанием, все его поведение "ориентировано на пациента".

Мы постоянно побуждаем пациента к тому, чтобы он рассказывал о своих проблемах в их внутреннем и внешнем развитии от одной психотерапевтической сессии к другой. Часто это не только выраженное словами содержание, изобилующее объяснениями, но и контекст, в котором оно предлагается. Поэтому в начале разговора пациенту предоставляется неограниченная свобода высказывания, поскольку именно в первых фразах, произнесенных в начале сессии, может содержаться бессознательное обращение к психотерапевту. Сказанное относится и к последним, иногда уже "из-за двери", замечаниям, пожеланиям и вопросам. Для понимания важных аспектов переживаний пациента в ходе психотерапевтических отношений Штрупп предлагает психотерапевтам задавать себе следующие вопросы:

1. Как видит меня пациент и какие чувства ко мне он испытывает?
2. Как видит пациент мои планы, установки и чувства в отношении его?
3. Какие содержащие эмоции фантазии я вызываю у пациента?
4. Как воспринимает пациент свое отношение ко мне и какие его реакции могли быть следствием наших прежних взаимодействий в ходе психотерапии?

Как правило, мы активно побуждаем пациента рассказывать о том, что его в данное время занимает. Психотерапевт, используя соответствующую технику ведения беседы, так направляет ход разговора, что он касается главным образом вопросов, связанных с определением проблемы. Во всяком случае следует иметь в виду, что именно в ходе активизации сознания пациента психотерапевту возможно придется столкнуться с сопротивлением со стороны пациента (см. ниже), так что иногда к намеченной цели приходится идти обходным путем. Чаще всего, однако, процесс строится в соответствии с классической схемой психодинамической психотерапии: 1. Выяснение ситуации; 2. Конфронтация; 3. Интерпретация; 4. Перенос в реальную жизнь. Эти шаги подчиняются, как кажется, внутренней логике, но они соответствуют и логике парадигмы решения проблемы (см. разд. 2.3 и 8.2).

Выяснение ситуации означает совместный с пациентом сбор информации, необходимой для полного понимания определенных аспектов проблемы. Здесь мы прямо и косвенно побуждаем пациента высказываться по важным для него вопросам: "Можете Вы добавить к сказанному что-нибудь еще?" Что именно имел при этом в виду Ваш начальник?", "А потом?", "Да?" и т.д.

Конфронтация. Смысл этого шага заключается в том, чтобы показать или разъяснить пациенту те его действия, мысли, желания, опасения и т.д., которые он до сих пор не был в состоянии увидеть. В буквальном переводе "конфронтация" (confrontatio) означает "лицом к лицу". Именно так надлежит пациенту обратиться к различным частям самого себя и, если это возможно, объединить их.

Хотя термин "конфронтация" ассоциируется с агрессивностью, для нас он означает отнюдь не критику пациента, а скорее совместную с ним попытку выявить неосознававшиеся им до настоящего времени или недостаточно осознававшиеся взаимозависимости.

"А может быть, Вы опасались, что если Вы расскажете мне об этом своем желании, то это вызовет у меня такое же отрицательное отношение к Вам, как у Вашей жены?" Следует иметь в виду, что как выяснение ситуации так и конфронтация блокируют определенные эмоции. Поэтому могут оказаться полезными также методические приемы, рекомендуемые в разд. 8.4.

Интерпретация или объяснение. Смысл этого шага заключается в том, чтобы показать пациенту внутреннюю смысловую связь, существующую между неосознаваемыми чувствами, желаниями, опасениями или поведением в отношении людей, с которыми он контактировал или контактирует.

"Когда Вы сегодня спрашивали меня о моей предстоящей поездке, я заметил у Вас проявления страха. Затем мы говорили о смерти Вашей жены и о Вашем больном отце. Я спрашиваю себя, не беспокоит ли Вас мысль о том, что я не вернусь?"

В классическом психоанализе интерпретация осуществляется преимущественно на материале, относящемся к переживаниям раннего детства. Его, этот материал, следует организовать по-новому или реконструировать. Но в ПО-терапии, как и в других видах краткосрочной психотерапии, интерпретация осуществляется также и на материале настоящей ситуации пациента без непременного обращения к начальному периоду его биографии.

Мы относимся к интерпретации, предлагаемой психотерапевтом, как к своего рода гипотезе. Именно как гипотеза интерпретация предлагается и пациенту. Не существует абсолютных истин, доступных только психотерапевту и не доступных пациенту. Возможны различные гипотезы и пациенту должно быть ясно, что предлагаемая психотерапевтом трактовка — одна их таких гипотез.

Перенос в действительность. В результате описанных выше приемов выяснение ситуации, конфронтация и интерпретация пациент осознает то, что прежде было недоступно его сознанию. Но этого недостаточно. Его следует побуждать к тому, чтобы он на практике в общении со значимыми для него людьми использовал новое понимание, развивал соответствующие навыки.

Этот шаг в методическом отношении тесно связан с когнитивными методами, подробно рассматриваемыми нами в разд. 8.2. и 8.3.

Некоторые из приводимых примеров позволяют понять, что в основе психотерапии, направленной на активизацию сознания, лежат наблюдения, касающиеся реакции переноса.

Спонтанный перенос означает повторяющееся применение усвоенных ранее схем в неподходящих для этого или неверно трактуемых обстоятельствах.

Эти искаженные внутренние схемы во многом корреспондируют с невротическими расстройствами, присущими пациенту. Мы обращаемся в ПО-терапии к феноменам переноса в тех случаях, когда они выступают спонтанно, будь то в ходе отношений пациент-психотерапевт или в соответствующем опыте пациента, нашедшем словесные выражения.

Но так называемый невроз переноса, хорошо известный по классическому психоанализу, в ПО-терапии не провоцируется. Уже упоминавшееся нами так называемое основное правило психоанализа создает условия для того, чтобы присущие пациенту искажения в понимании действительности проявлялись в его отношении к аналитику. Так постепенно все хитросплетения внутренних конфликтов предстают как нарушения в мышлении и поведении и становится возможной интерпретация.

Лишь в редких случаях в ПО-терапии оказывается желательным сознательное провоцирование регрессивных реакций переноса, поскольку их проработка требует продолжительного времени и управлять ею бывает сложно. Но не следует препятствовать спонтанным проявлениям реакции переноса.

(см. также разд. 4.4, где рассматриваются различные приемы, используемые в ПО-терапии в случаях реакций переноса и сопротивления).

Противоречия между элементами "себя". Ставшие частью внутренних структур психики человека схемы содержат совершенно различные, частично противоречивые его представления о самом себе, связанные с соответствующими ожиданиями в отношении окружения. Часто целесообразно бывает показать пациенту, какие противоречащие друг другу элементы сосуществуют в нем в одно и то же время: сила и слабость, зрелость и детскость, чувство вины и уверенность в себе, представления о себе как о человеке, не представляющем ценности, и заносчивость. Демонстрируя пациенту существование в нем таких элементов, мы даем ему возможность найти компромисс или из противоречащих друг другу представлений о себе и мире создать единую картину.

Обращаясь к пациентке мы можем, например, сказать: Маленькая, ищущая защиты девочка, находящаяся внутри Вас, снова позвала на помощь, когда Вы подумали, что не сможете выдержать неделю отпуска без моей поддержки. Но зрелая женщина в Вас знает по опыту, что Вы справитесь с тревожностью, которую, возможно, будете испытывать".

Ведению внутреннего диалога можно способствовать, давая составным элементам пациента имена: "Маленькая Катаринка в Вас", "Взрослая Катарина" и т.д. Так пережитое в прошлом вновь обретает актуальность (см. также разд. 8.4).

Сопоставляя составляющие его элементы, пациент может, в зависимости от обстоятельств испытывать облегчение, утешение, веру в себя или критическое осознание себя и т.д.

Расщепление. При определенных болезнях — чаще всего при пограничных состояниях личности, но не только — возможно одновременное существование представлений, несовместимых, как кажется, друг с другом. В таких случаях в психоанализе говорят о расщеплении, часто используя английское слово "splitting". Речь здесь идет о противоречивых внутренних схемах, в соответствии с которыми лица, выступавшие в роли значимых, заботившихся о пациенте на первых фазах его развития, особенно мать, воспринимаются им или как "очень хорошие", или как "очень плохие". Во время процесса психотерапии такое явление может найти выражение в представлениях и фантазиях о психотерапевте претерпевающих большие и стремительные изменения. В ходе одной сессии он может восприниматься по-разному: то тем, без которого не обойтись, то вызывающим разочарование, то агрессивным. Нелегкая задача психотерапевта — показать пациенту внутреннюю противоречивость его представлений. Важно предотвратить принятие пациентом как установки "все хорошо", так и установки "все плохо". Большей частью пациент оказывается способным принять адекватную трактовку, при том, однако, условии, что в этот период времени он оценивает психотерапевта положительно. Психотерапевт может сказать: "На нашей прошлой сессии Вы полагали, что я желаю Вам зла, поскольку я упомянул о предстоящем завершении психотерапии. Вы высказывали обо мне весьма нелестное мнение. Сегодня Вы другой, я чувствую Вашу откровенность и доверие. И я думаю, что мы оба можем согласиться с тем, что со временем даже хорошие психотерапевтические отношения становятся ненужными". Снова и снова, в самых различных обстоятельствах следует обращать внимание пациента на то, что в нем существуют различные противоречивые элементы. Цель заключается в том, чтобы пациент мог воспринимать психотерапевта как индивида, содержащего в себе одновременно хорошее и плохое, силу и слабость. Такой полученный в психотерапии опыт позволит пациенту не впадать в крайности, воспринимать значимых лиц из своего окружения более реалистично, избегая их восприятия "хорошими" или "плохими".

в) Сопротивление.

Уже сам факт необходимости активизирующих сознание психотерапевтических мероприятий указывает на то, что существуют неосознанные мотивы, создающие

препятствия на пути к осознанию пациентом присущих ему конфликтных представлений. Известно, что каждый человек защищается от мучительных воспоминаний с помощью таких механизмов, как, например, вытеснение, отрицание, рационализация, обратное чувство и т.д. Эта проблематика хорошо разработана в психоаналитическом учении о защите, принимаемом ныне всеми. И современные психодинамические трактовки исходят из учения о защите от неосознаваемых конфликтов. Эти конфликты вполне могут быть связаны с обусловленными инстинктами желаниями, как это первоначально показал психоанализ "Я". В соответствии с теорией объектных отношений всегда устанавливается связь между этими желаниями и определенными конфликтами в отношениях.

Именно конфликты в отношениях чаще всего побуждают наших пациентов обращаться к психотерапевту. Делая этот шаг, они проявляют готовность понять в ходе психотерапии недоступные им до сих пор, т. е. отвергаемые, представления, порождающие конфликты. И если в ходе психотерапевтического процесса они ведут себя так, как будто вовсе не заинтересованы в расширении сознания, то здесь мы отнюдь не имеем дело с сознательным решением. Такое их поведение представляет собою скорее неосознаваемое ими сопротивление, направленное против процесса психотерапии. Пациент надеется, что таким образом ему удастся избежать вызывающее кратковременную боль осознание, сохранить порожденные неврозом привычки и поведение, которые являются для него также источником "вторичной выгоды". В ходе прежних попыток пациента решить проблему, с которой он сталкивается, они могли выполнять определенную функцию. Поэтому мы настоятельно советуем психотерапевту в начале проявлять сдержанность в отношении сопротивления пациента. Лишь в тех случаях, когда пациент существенно мешает ходу психотерапевтического процесса, необходимы соответствующие контрдействия, осуществляемые в приемлемой для пациента форме (об этом уже шла речь в разд. 4.3.6).

Сопротивлению в ПО-терапии не придается такое большое значение, как в психоанализе. Психотерапевт, работающий в соответствии с принципами ПО-терапии, задает себе вопрос: "В какой момент сопротивление изменениям становится столь значительным, что в ходе психотерапии против него приходится принимать меры?" Не каждое сопротивление следует устранять. В некоторых случаях сопротивление способствует адаптации, в силу чего выполняет важные функции.

Психотерапевту полезно помнить о том, что и он сам может провоцировать сопротивление, что служит доказательством способности пациента к адаптации.

В тех случаях, когда психотерапевт полагает, что столкнулся с сопротивлением, мы рекомендуем ему задать себе следующие вопросы:

- какое чувство вызывает сопротивление?
- какой мотив скрывается за сопротивлением?
- как выражает пациент сопротивление?

Целенаправленная работа с сопротивлением может оказаться необходимой лишь тогда, когда предпринимавшиеся до сих пор психотерапевтические действия не привели к преодолению или обходу сопротивления.

К интерпретации сопротивления в ПО-терапии приступают лишь тогда, когда нет никаких сомнений в его существовании и пациент признает, что сопротивление имеет место.

Психотерапевт в ПО-терапии должен постоянно задавать себе вопросы: **что** я хочу интерпретировать* [*Интерпретация — техническая процедура, которая все, что находится вне сознания пациента, превращает в сознательное. — *Прим. переводчика*], **почему** я хочу интерпретировать и **как** я могу сделать интерпретацию понятной для

пациента? Возможно потребуется задать и некоторые дополнительные вопросы:

♦ Какие представления или воспоминания вызывает мешающее чувство?

♦ С чем связаны (в прошлом или настоящем) мешающие чувства и побуждения?

♦ Каковы возможные последствия поведения, понимаемого как сопротивление, вне психотерапии?

♦ Вел ли себя пациент подобным образом когда-нибудь в прошлом?

Ниже рассматриваются схемы поведения, наиболее мешающие, как правило, ходу психотерапии. Между ними существует внутренняя связь — каждая из них является сопротивлением — и они легко переходят друг в друга. Они требуют определенного подхода, и поэтому вкратце остановимся на каждой из них.

Негативный перенос. В этом случае на психотерапевта переносятся (проецируются) те элементы внутренних схем, которые связаны с опытом, полученным с внутренними объектами* [*Внутренние объекты — в психоанализе "внутренние репрезентации людей", отличающиеся от реальных личностей. — *Прим. переводчика*.], характеризуемыми пациентом как плохие, вызывающие снижение его самооценки, чувство, что он покинут, а также порождающие у него отвращение. При воспоминаниях о таких плохих или злых объектах чаще всего возникают такие чувства, как злость, страх или враждебность. Под влиянием чувства зависти, ревности, соперничества эти чувства могут распространяться и на тех людей, которые обычно воспринимаются как "хорошие объекты".

Если оставить такие чувства без внимания, т. е. не осознать их внутреннее происхождение, они могут мешать процессу психотерапии или даже сделать его невозможным.

П р и м е р. Отличавшаяся повышенной чувствительностью 52-летняя пациентка, страдавшая фобией и проходившая по этому поводу психотерапию, испытала сильное разочарование, неожиданно узнав об отсрочке следующей сессии. Она подвергла психотерапевта резкой критике, утверждая, что он очень мало помог ей в преодолении испытываемых ею страхов. Еще раз в своей жизни она убедилась, что ею пренебрегают и ее не понимают, — такой вывод можно было сделать из ее слов. На это психотерапевт заметил: "Вы действительно должны быть разочарованы в связи с тем, что перерыв в психотерапии придется сделать именно сейчас. Ведь Вы обратились ко мне, чтобы как можно быстрее избавиться от давно уже испытываемых Вами страхов. И вот теперь Вы констатируете, что Вас, Ваши потребности не понимают". Предлагая такую интерпретацию, психотерапевт стремился не только к эмпатическому восприятию чувств пациентки, он дал ей свидетельство именно того понимания, которого она, по ее мнению, до сих пор была лишена. В результате пациентка смогла избавиться от излишнего напряжения и совместно с психотерапевтом занялась работой по выявлению причин испытываемого ею страха перед одиночеством.

Отреагирование. Этим термином обозначается поведение, с помощью которого пациент проявляет свои внутренние конфликты и чувства преимущественно драматическим образом, вместо того, чтобы осознать их и выразить словами. Отреагирование может иметь место как в ходе психотерапии, так и вне ее рамок; в любом случае с помощью отреагирования пациент в символической форме показывает, что его угнетает, и о чем он не может сообщить как-нибудь иначе.

К сожалению, понятие "отреагирование" часто употребляется в уничижительном смысле, для обозначения враждебного поведения пациента. Но подлинный его смысл по-прежнему заключается в том, что пациент испытывает внутренние страдания, и не знает другого способа поведать о них. Нам следует относиться к таким случаям со всей серьезностью, как и подобает психотерапевтам.

П р и м е р. Пациентка, о которой рассказывалось выше, (см. "Негативный

перенос"), хотя и реагировала конструктивно на эмпатическую интерпретацию психотерапевта, в заключительной части сессии в силу своей внутренней амбивалентности не могла уже более сдерживать гнев, вызванный разочарованием. На две последующие сессии она приходила с опозданием в 15-20 мин, оправдываясь тем, что трудно, якобы, найти место для парковки автомашины. Поскольку прежде она всегда бывала пунктуальной, эти объяснения не казались психотерапевту убедительными. На каждой сессии он возвращался к случаю, когда ему пришлось сообщить ей о своем неожиданном переносе сессии на более поздний срок. В конце концов пациентка согласилась с тем, что, испытывая злость, "хотела досадить психотерапевту". Так она получила возможность на этот раз адекватными словами выразить злость и разочарование, которые прежде отрицала. При этом пациентка осознала, что именно опыт отношений с другим значимым для нее лицом вызвал у нее такую резкую реакцию на случай с психотерапевтом.

Установление границ. Не всегда сложные объяснения и интерпретации воспринимаются пациентами так легко. Иногда приходится очень настойчиво напоминать им о контракте, заключенном ранее с психотерапевтом. Четкое структурирование ПО-терапии не только помогает психотерапевтам добиться ограниченных целей в обозримом будущем. Оно должно помочь и пациентам распознать свои деструктивные или амбивалентные черты и устранить их. Сказанное особенно относится к пациентам с навязчивыми состояниями, пограничными состояниями или другими серьезными нарушениями личности. Обсуждая показания (см. разд. 7.2), мы не советовали включать людей с такими признаками в число пациентов ПО-терапии. Но на практике не всегда легко бывает выявить с самого начала отклонения подобного рода. Тогда психотерапевту приходится в случае необходимости напоминать о контракте (продолжительность сессий, их часы, оплата и т.д.).

"Установление границ" означает также, что таким пациентам своевременно следует сообщать о последствиях их поведения. Прежде чем применить санкции, а в крайних случаях и прекратить психотерапию, психотерапевт должен убедиться в том, что, во-первых, он с самого начала четко изложил контракт; во-вторых, своевременно указал пациенту на допускаемые последним нарушения; и, в-третьих, что прежде чем принять решительные меры он попытался рассмотреть эти нарушения в соответствующем контексте (т.е. постарался способствовать их осознанию).

Страдавшая депрессией женщина 47 лет, замужем за очень занятым своим делом и часто уезжающим в командировки бизнесменом, лишь на шестой сессии сообщила о своем пристрастии к алкоголю, порождающем проблемы. Она часто приходила на психотерапию подвыпившей, а однажды в состоянии опьянения упала и получила серьезную травму головы. Ее муж, как она утверждала, ничего не знал об ее пристрастии. Поскольку пациентка отказывалась от совместного, с участием мужа, обсуждения проблемы, психотерапевту пришлось настаивать на том, чтобы пациентка обратилась к врачу-специалисту для назначения курса лечения препаратом "Антабус". В конце-концов пациентка приняла это предложение после того, как осознала, что ее пристрастие к алкоголю, с которым она не могла справиться, не только губило ее, но и было для нее способом наказания своего супруга за его частые отлучки.

г) Другие техники активизации сознания.

Работа со снами. Со времен Фрейда психоанализ исходит из того, что сон представляет собой "королевскую дорогу к бессознательному". Известно, что бессознательное предстает во сне в зашифрованной, но все же в известной мере доступной пониманию форме. Представители различных направлений психотерапии расходятся во мнениях по вопросу об интерпретации снов. Одни из них говорят о "психологии сна", другие — о "психологии видящего сон". Первая трактовка предполагает, что символы,

выступающие во сне, имеют вполне определенное значение, как об этом, например, говорится в сонниках.

В противоположность такой трактовке "психология видящего сон" исходит из того, что только сам видящий сон человек может расшифровать его содержание, придавая ему то или иное значение. В отличие от первоначальных психоаналитических представлений, согласно которым интерес представляет только латентное содержание сна, т.е. значение, зашифрованное в бессознательном, сегодня большее значение чаще придается открыто проявляющемуся содержанию сна.

Понятно, что в рамках ПО-терапии работа ведется в первую очередь с открыто проявляющимися содержаниями сна. Многообразность сна и часто очевидность его смысла для видевшего этот сон человека позволяют по-новому подойти к определению проблемы и цели психотерапевтической работы с пациентом, ее содержания, идет ли речь о взаимоотношениях различных внутренних элементов индивида (субъектный аспект) или об его отношениях с другими людьми (объектный аспект). Сон всегда может помочь пациенту улучшить восприятие идущих в нем внутрипсихических процессов. Следует побуждать пациента как можно больше рассказывать о своих мыслях относительно сна и о своих попытках трактовки сна. Задавая вопросы или предлагая свои объяснения, психотерапевт уделяет наибольшее внимание тем аспектам сна, которые имеют отношение к прорабатываемой в данное время проблематике. Он стремится также показать пациенту, какие из выступающих во сне субъективных и объективных элементов являются ограничивающими, компенсаторными, а какие несут облегчение. Чем лучше удается связать содержание сна с проблематикой, рассматриваемой в данное время в ходе психотерапии (определение проблемы), тем больше работа над сном будет способствовать активизации сознания.

И наоборот, те сны, включить которые в ПО-терапию либо совсем не удается, либо удается включить в результате больших усилий, скорее уводят от цели психотерапии. Всегда следует также помнить о том, что предложение пациента заняться сном может свидетельствовать об его готовности к переносу, а следовательно, косвенно и к сопротивлению. Если психотерапевт проявляет большой интерес ко снам, то пациент может попытаться "сделать ему подарок", рассказывая множество снов. Тем самым пациент может саботировать достижение цели психотерапии и парадоксальным образом сопротивляться намеченной активизации сознания.

Иногда, в виде исключения, может оказаться полезной работа со снами в отрыве от специфических целей ПО-терапии. Такое возможно, когда пациенту причиняют страдание постоянно повторяющиеся сны, с которыми он хотел бы, наконец, "разделаться", а также, когда пациента преследуют кошмары. В этих случаях работа со снами может давать также дополнительный эффект — катарсис, даже если она проводится в отрыве от работы по определению проблемы.

Работа со снами наяву, мечтами. Сны наяву/мечты — нормальный, широко распространенный психический феномен. Они также могут быть использованы в психотерапевтических целях. Для этого пациенту, находящемуся в состоянии расслабления, предлагается придумать какую-нибудь историю об определенных объектах и одновременно воспроизводить ее в своем воображении. (В качестве таких объектов выступают чаще всего цветы, луг, ручей, гора, лес, дорога, морской берег, пещера, дом, лужа и т.д.). Иногда можно также предложить пациенту представить нечто имеющее отношение к нему. Предпочтительнее нечто такое, что имеет отношение к выбранной проблеме. Психотерапевт, осуществляя интервенции, стремится руководить формированием таких образов и модифицировать их в соответствии с целями психотерапии. Тем самым пациент разрешает представленные в виде символов конфликты и делает он это также символически.

Проблема работы со снами наяву/мечтами в ПО-терапии заключается в том, что нелегко бывает перенести результаты такого осознания в повседневную реальность.

Чтобы облегчить такой перенос, следует обсудить с пациентом, какие элементы сна наяву имеют отношение к событиям его повседневной жизни.

В психотерапии был разработан специальный метод работы со снами наяву, получивший название "кататимное* [*Кататимный (греч.) — порождаемый эмоциями, находящийся за пределами рационального понимания. — *Прим. переводчика.*] переживание образов" (Г. Лойнер).

При рассмотрении показаний к работе со снами наяву в рамках ПО-терапии следует иметь в виду два обстоятельства. Во-первых, такая работа способствует активизации сознания в отношении рассматриваемой проблемы или же ее символического изображения. Во-вторых, один час работы со снами наяву может сдвинуть с места застопорившийся было психотерапевтический процесс, который до этого осуществлялся с помощью средств, предъявляющих высокие требования к мышлению. Работа со снами наяву может быть рекомендована также тем пациентам, которые испытывают тревогу или занимаются чрезмерным умствованием. К тому же если работа ведется с использованием когнитивных методов, или когда невозможно использовать методы, основывающиеся на релаксации и улучшении восприятия пациентом своего тела (см. разд. 8.5).

Работа со снами наяву, "кататимное переживание образов". "Кататимное переживание образов" (КПО) — психотерапевтический процесс, который основывается на глубинной психологии и заключается в провоцировании снов наяву и работе с ними. Основополагающей здесь является идея, согласно которой спонтанные или вызванные психотерапевтом воображения, фантазии или образные представления отражают неосознаваемые конфликты или ситуации. Создаваемые пациентом образы понимаются как символическое выражение внутренней драмы. Ее символический характер трактуется психотерапевтом в соответствии с его теоретической ориентацией. Воображения пациента могут быть поняты в контексте истории его жизни или же "встроены" в другой психотерапевтический материал. В классической форме КПО представляет собой краткосрочную психотерапию, осуществляемую в течение 15-30 сессий. Это система постепенно усложняющихся приемов, направленных на создание образов и работу с ними.

Однако в ходе развития КПО произошел отказ от работы только со снами наяву. Теперь переживание образов трактуется как "психотерапевтический инструмент", использование которого возможно и в других психотерапевтических системах. Показаниями служит склонность пациента решать свои проблемы исключительно "головой", рационально. Сторонники КПО полагают, что через образы-символы можно получить доступ к неосознаваемому или недостаточно осознаваемому содержанию психики, приблизить его к сознанию и одновременно создать условия для переживания связанных с этим эмоций. При такой трактовке предлагаемые КПО методы создания мысленных образов могут найти применение в рамках ПО-терапии. Часто они прямо-таки необходимы, особенно тогда, когда психотерапевтический процесс тормозится, и пациент только "рассуждает". В таких случаях создаваемые воображением образы, картины действуют как ценные катализаторы: застывшие было психические структуры оттаивают, процесс психотерапии обретает второе дыхание, а пациент и психотерапевт получают новый, иного рода материал для выявления проблемы и постановки цели.

8.2. Методы изменения привычных схем мышления и установок. Методы, применяемые для решения проблем

8.2.1. Основной принцип

На поведение — мышление, эмоции, поступки — оказывают влияние различные факторы. Сюда можно отнести не только биологические детерминанты и конкретные факторы внешнего окружения, но и определенные неосознаваемые, близкие к осознанию и осознаваемые внутрипсихические процессы. Психоаналитическая психотерапия

занимается преимущественно неосознаваемыми элементами психики (см. разд. 8.1). Изменение же осознаваемых и близких к осознанию процессов мышления осуществляется с помощью рассматриваемых в данной главе **когнитивных методов.**

На восприятие и переживания человека оказывают влияние многочисленные субъективные убеждения, ожидания и установки, сложившиеся в результате **переработки индивидом своего прежнего опыта**. На основе этих убеждений, ожиданий и установок формируются также представления о целях и схемах поведения, предшествующие активному поведению. Такие мыслительные процессы, осознаваемые или близкие к осознанию, и составляют важные **элементы осмысленного приспособления** к существующим условиям жизни.

Но если вместо процессов мышления действуют жесткие схемы мышления, не адекватные изменившимся жизненным ситуациям, то адаптационные способности индивида ухудшаются. Такие схемы мышления бывают не вполне осознаваемыми, или индивид их не замечает; они как бы **автоматически** снова и снова проявляются в одинаковым образом переживаемых индивидом ситуациях и в результате не вполне поддаются контролю. Дело может зайти так далеко, что такие так называемые **"автоматические мысли"** становятся **"самосбывающимися пророчествами"** и тем самым мешают успешным действиям.

Пассивное поведение страдающего депрессией пациента может быть вызвано тем, что он отрицательно относится к самому себе, высказываясь так: "Я — неудачник, ничего у меня не получается, мне не имеет смысла пытаться решать свои проблемы". Другой пациент, испытывающий трудности в общении, отрицательно относится к своему окружению, поскольку говорит себе: "Все люди отвергают меня, никто не хочет иметь со мной никаких дел, бесполезно стараться установить контакты с другими людьми". Пациент, страдающий фобией, порождает свои страхи, распространяя травматическое переживание, имевшее место в прошлом в определенной ситуации, на все другие подобные ситуации. Он, говоря другими словами, осуществляет генерализацию. Другому пациенту присущи столь большие ожидания в отношении своего окружения и столь высокие требования к самому себе, что реальность никогда не будет соответствовать им и он постоянно будет чувствовать себя неудачником.

Существуют различные возможности изменения вредных привычек мышления и установок. Используя психоаналитический подход (см. разд. 8.1), следует попытаться вскрыть их неосознаваемую подоплеку. Можно использовать и методы поведенческой терапии (см. разд. 8.3) — и начать обучать пациента новому поведению, а также поговорить с пациентом об его привычках мышления, их преимуществах и недостатках, показать пациенту внутренние противоречия и предложить ему альтернативные способы мышления.

Такой **когнитивный** диалог, проходящий на сознательном уровне, может привести к изменению привычек мышления и установок, что отразится также на переживаниях и поведении пациента, будет способствовать более успешному решению им своих проблем.

Не существует подходящей для всех, единой теоретической концепции когнитивной психотерапии. В принципе речь здесь идет об **активизации способности пациента к критическому восприятию и логическому мышлению**. При этом предполагается, что пациенту присуще здравое мышление, которое, однако, оказывается незадействованным в некоторых сферах его жизни. Такой психотерапевтический подход может быть назван прагматическим. Здесь мы пытаемся показать недостатки "дедуктивных" схем мышления и побудить пациента думать "индуктивно" в соответствии с реальностью.

"Дедуктивное мышление" означает, что к конкретной реальности подходят на

основании общих убеждений, ожиданий или установок.

Кто-нибудь может, например, считать себя слабым и на этом основании делать вывод, что в любом столкновении с окружающими его людьми, будь то коллеги, начальник, партнер или ребенок, он всегда должен потерпеть поражение. Такие дедуктивные выводы оказываются, как правило, "сбывающимися пророчествами".

При индуктивном мышлении выводы, касающиеся тех или иных ситуаций в жизни, делаются индивидом на основании его опыта.

Если с определенными жизненными ситуациями индивид может справиться, в других же ситуациях он неизменно терпит неудачу, то этот индивид, зная о своих возможностях и руководствуясь индуктивным мышлением, будет адекватно и критически относиться к любой проблемной ситуации. Решающую роль при этом играет то обстоятельство, что и психотерапевт отказывается от своих склонностей к дедуктивному мышлению. Это означает, что он, изучая происхождение того или иного нарушения пациента, не исходит из каких-то общих абстрактных теоретических представлений, к которым "приспосабливает" данный конкретный случай, а совместно с пациентом рассматривает конкретную реальность, чтобы на этом основании разработать конкретные возможности решения для данного конкретного пациента. При этом психотерапевт может предлагать собственные пути решения проблемы. Эти предложения, однако, должны исходить не из собственных, субъективных суждений психотерапевта, а на основании анализа конкретной ситуации пациента. Пациенту сразу же должна быть понятной связь между результатами такого анализа и предложениями психотерапевта (см. разд. 2.4).

8.2.2. Показания

Когнитивные элементы содержатся в любой психотерапии и выступают в качестве дополнительных или основных средств решения психических проблем любого рода.

Показания к когнитивным методам зависят не столько от особенностей проблемы, сколько от опыта, субъективных установок психотерапевта, отношения к ним пациента и его готовности к работе в соответствии с этими методами. Следовательно, если психотерапевт убежден в том, что с помощью рациональных рассуждений можно разобраться в психических проблемах пациента и решать их, а также способен включить рациональные элементы в эмоциональные отношения пациент-психотерапевт, он должен попытаться целенаправленно решать проблемы пациента с помощью когнитивных методов.

Изучая реакцию пациента на тот или иной предлагаемый ему когнитивный метод, психотерапевт может сделать выводы, касающиеся объема применяемого когнитивного подхода в работе с данным пациентом. При этом уровень умственного развития пациента — не решающий критерий, поскольку психотерапевтический диалог — не дискуссия высочайшего интеллектуального уровня, а разговор на понятном пациенту языке о проблемах, с какими этот пациент сталкивается в своей жизни.

Как раз высокоинтеллектуальные пациенты не самые подходящие кандидаты для когнитивной психотерапии, поскольку они и без того уже жестко организовали свой мир в соответствии со своими субъективными рационализациями* [*Рационализация — защитный механизм, функцией которого является сокрытие от сознания самого субъекта истинных мотивов его действий, мыслей и чувств. — *Прим. перереводчика.*] и оказывают самое сильное сопротивление попыткам изменить их схемы мышления. Часто более открытыми когнитивному подходу оказываются те пациенты, которые в меньшей степени размышляют о своих чувствах и поведении. В первом случае когнитивные методы могут

оказаться "еще более тем же самым" (П. Вацлавик), а во втором — новым, еще не опробованным средством решения проблем. Таким образом, способность пациента открыто, четко реагировать на когнитивные методы и степень его готовности поставить под сомнение свои прежние установки и образ действий являются решающими факторами. Иногда такая готовность пациента проявляется в реакции удивления: "Я никогда не задавал себе такой вопрос, эту проблему я еще не рассматривал".

Удельный вес когнитивных методов в психотерапии во многом зависит не только от качеств, присущих пациенту и психотерапевту, но и от характера психических расстройств пациентов. Когнитивные методы особенно показаны в тех случаях, когда можно четко выявить последствия или побочные явления конкретных событий жизни или изменений внешних условий жизни (например, переезд, изменения на работе или в семье, переживание неудачи), а пациенту в силу устоявшихся схем поведения или шаблонов мышления не удается приспособиться к изменившимся условиям. Точно также когнитивные методы с успехом могут быть использованы при расстройствах, затрагивающих отдельные аспекты жизни пациентов, психическая структура которых в целом остается ненарушенной (например, неуверенность в себе в определенных жизненных ситуациях, ограниченные фобии, трудности общения, трудности на работе или в учебе, страх перед экзаменами).

На определенных этапах психотерапии когнитивный элемент приобретает особое значение. Так, например, первое ознакомление с проблемой и последующий более тщательный ее анализ требуют от психотерапевта когнитивного подхода. Когда ему удается втянуть пациента в этот процесс выявления проблемы и ее анализа, когда он не только в своей голове формулирует гипотезу, касающуюся существующих взаимосвязей, но и может предложить пациенту самому сформулировать такую гипотезу, то это и есть когнитивная психотерапия. Решение о том, когда и в какой мере использовать в дальнейшем ходе психотерапии когнитивные методы, следует принимать в зависимости от конкретной психотерапевтической ситуации.

8.2.3. Практическое применение

Передача информации

Многие проблемы возникают или, по крайней мере, приобретают остроту в результате недостатка информации или как следствие неверной информации. Так и в психотерапии ни одна проблема не может быть решена успешно и с учетом существующих реальных условий, если при постановке цели и выборе стратегии решения исходят из ошибочных предпосылок.

Как правило, психотерапевт обладает большей информацией, чем пациент, что объясняется не только его компетентностью как специалиста, но и тем, что ему был открыт доступ к жизненному опыту его прежних пациентов. В рамках когнитивного подхода считается, что нет оснований не отвечать на конкретные, относящиеся к делу вопросы пациента. Напротив, на такие вопросы, если они имеют отношение к проблеме пациента, следует отвечать открыто и четко. Если Вы из соображений "тактики психотерапии" не хотите ответить на вопрос пациента (немедленно или вообще), то свой отказ Вам следует обосновать так, чтобы пациенту он был понятен.

Нарушения в сексуальной сфере могут служить особенно убедительным примером последствий недостаточной информированности. В результате того, что на эту область жизни налагается табу, иногда имеют место нарушения, в основе которых лежит только отсутствие информации, так что сексуальная терапия в значительной мере заключается в разъяснении или передаче информации. Отсутствие информации, касающейся и других сторон жизни, также может порождать проблемы, или еще более усложнять уже

имеющиеся. Так, например, причина конфликтных отношений между матерью и дочерью может быть в отсутствии информации о процессах развития в юношеском возрасте. Своевременное информирование временами облегчает, а иногда даже делает возможным разговор на такие трудные или запретные темы как самоубийства, смерть, гомосексуализм и т.д. При этом важную роль играет не только содержание сообщения психотерапевта, но и то, как он говорит на определенные темы — робко и стесняясь или открыто и свободно. Деловая информация может также способствовать более реалистической, а следовательно, порождающей меньше опасений, оценке проблем или трудностей пациента. Например, конкретная информация о нормальном функционировании организма, сообщаемая пациенту, страдающему кардиофобией или предрасположенному к ипохондрическим опасениям, может уменьшить испытываемый им страх. Другой пример: самооценка человека, находящегося в депрессии, может улучшиться, если ему сообщить, что хронические перегрузки ведут к переутомлению каждого человека. Что печаль с сопровождающими ее физиологическими явлениями, возникающая в результате переживания серьезной потери, представляет собой совершенно нормальную психофизическую реакцию.

Решающее значение в психотерапевтическом процессе может иметь также сообщение о том, где пациент может получить помощь того или иного специалиста или информацию по интересующему его вопросу. Посещение юриста, например, вряд ли решит проблемы супружеской пары, но полученная во время такого посещения информация может иногда способствовать разъяснению ситуации. Посещение консультации по выбору профессии не решит проблемы, с которыми пациент сталкивается на работе, но может снизить значимость этих проблем, показав пациенту, что у него есть альтернатива.

Вопросы, задаваемые психотерапевту, не следует трактовать в первую очередь как феномен переноса в отношениях пациент-психотерапевт. Всегда необходимо уяснить их оправданность по существу.

Методы распознания и изменения мешающих схем мышления и неадекватных установок.

Под схемами мышления мы здесь понимаем осознаваемые или неосознаваемые внутрипсихические процессы с помощью которых из отдельных случаев жизни и переживаний делаются общие выводы, ведущие к формированию личностных установок. Установки — это субъективные убеждения, касающиеся свойств окружающего мира, людей, составляющих окружение индивида, и самого индивида. Они являются также ожиданиями определенного развития событий, их последствий, возможностей индивида (справится он с новой ситуацией или нет). Такие установки оказывают решающее влияние на восприятие и переживание определенных ситуаций, характер эмоциональной реакции и поведение в соответствующих ситуациях.

При клаустрофобии страх вызывается не объективными условиями ситуации. Страх и реакцию избегания порождают субъективные представления о данной ситуации как об опасной. При этом восприятия, переживания, процесс переработки информации (схемы мышления), эмоциональные реакции и поведение воздействуют друг на друга, являются элементами процесса с обратной связью или элементами системы, деятельность которой нарушается, если нарушается деятельность какого-либо из ее элементов. В ходе когнитивной психотерапии в первую очередь бывает необходимо обнаружить те поврежденные элементы, которые легче всего поддаются выявлению, элементы, "неисправность" которых легче всего продемонстрировать, чтобы затем с помощью рациональных рассуждений и аргументации их можно было заменить. При этом не ставится вопрос о том, какие элементы были повреждены первыми — установки, восприятие или поведение и т.д. Хронология событий чаще всего не может быть

установлена, а мы, осуществляя психотерапевтический процесс, руководствуемся прагматическими соображениями и прилагаем свои усилия там, где замечаем нелепость, противоречие, так сказать, "дверь в замкнутой системе мышления".

(В дальнейшем, чтобы упростить изложение, вместо терминов "ожидание", "восприятие", "опасение", "предубеждение" и т.д. будем пользоваться обобщающим термином "установка".)

Существуют типичные схемы искаженного мышления и неадекватные установки. Приводимое ниже их перечисление не претендует на полноту и предназначено лишь для того, чтобы дать представление о направлениях поиска когнитивных нарушений и о возможностях использования когнитивных приемов для осуществления необходимых изменений.

Сверхобобщение: из одного события, имевшего место в прошлом, делаются выводы, касающиеся подобных событий в будущем. "Человек, потерпевший неудачу однажды, обречен на неудачу".

Мышление "Все или ничего". В расчет принимаются только экстремальные решения или возможности. "Или мне удается все, за что я берусь, или вообще не стоит ничем заниматься".

Преувеличения. Какая-нибудь небольшая проблема превращается в проблему всей жизни. "Если я не смогу справиться с этим заданием, я должен отказаться от своей профессии".

Избирательное восприятие: индивид видит только недостатки той или иной ситуации. Сознание регистрирует только собственные слабости и достоинства других. Воспринимаются также только негативные или позитивные качества партнера. "Я постоянно терплю неудачи, а другим всегда все удается. Мой партнер не может понять меня".

Эмоциональное мышление. Все события, особенно негативные, индивид соотносит с собой. "Всегда, когда я отправляюсь в отпуск, идет дождь".

Произвольные или иррациональные выводы: индивид устанавливает зависимость между обстоятельствами, логически никак друг с другом не связанные. "Поскольку я не умею играть в теннис, женщины будут отвергать меня".

Достоинствам противопоставляются недостатки: как бы в противовес каждому из своих достоинств индивид находит в себе недостатки, в каждом положительном переживании — какой-нибудь отрицательный элемент. Это мышление по схеме "Да, но". "Хотя я и добился успехов в своей профессиональной деятельности, я плохой отец семейства".

Нормативное мышление: дела должны обстоять так, как они должны, по мнению индивида, обстоять. " Не должно быть ничего такого, чего не должно быть".

Утопические ожидания: ожидания индивида в отношении себя и/или других бывают нереалистичными. "Все люди должны считать меня симпатичным. Я всегда должен быть успешным. Я не должен допустить ни одной ошибки".

Автоматические мысли: это мимолетные мысли, не являющиеся итогом размышлений индивида, часто даже незамечаемые им. Они всегда возникают в определенных ситуациях и имеют оценочный характер: "Это опасно. С этим я не справлюсь".

Мешающие схемы мышления и неадекватные представления могут быть изменены с помощью сознательного когнитивного процесса. Для этого необходимы следующие четыре шага:

- ♦ Распознание
- ♦ Вербализация
- ♦ Анализ
- ♦ Изменение

Каждый отдельный шаг сам по себе может вызвать изменения.

1. Распознание. Пациента можно расспрашивать об его установках в отношении: определенных проблемных ситуаций, лиц, с которыми он конфликтует, его, пациента, поведения и эмоциональных реакций. Часто, однако, такие установки не вполне осознаются пациентом или же он до сих пор не обращал на них внимания. Тогда следует попытаться побудить пациента положить конец повторяющемуся стереотипному поведению или своим реакциям на такие установки. Иногда эти установки проявляются в так называемых *автоматических мыслях*. Это мимолетные, молниеносные интерпретации или оценки ситуаций. Автоматические мысли, так сказать, объясняют ход реальных событий и тем самым предопределяют восприятие, переживание и эмоциональную реакцию. Такие *автоматические мысли*, как правило, не замечаются пациентом, но часто пациент может распознать их, "прислушиваясь" к себе более тщательно. Психотерапевт предлагает пациенту в определенных реальных ситуациях делать короткие паузы, заполняемые рефлексией, когда внимание пациента бывает направлено на эти мысли, и он, возможно, записывает их. Другой вариант: в ходе психотерапевтический сессии пациенту предлагается представить подобные ситуации, а затем психотерапевт спрашивает его, какие мысли приходят ему при этом.

2. Вербализация. Для выявление таких мыслей или установок следует добиваться чтобы пациент произносил их (вербализация) в конкретной форме и, желательно, от первого лица, по возможности в гротесковой форме. Например: "Поскольку я провалил этот экзамен, я ничего не добьюсь в своей жизни, так что мне уже можно ни о чем не беспокоиться". Затем смотрят, в каких еще ситуациях проявляются подобные установки и не стали ли они своего рода жизненными правилами, которые также следует вербализировать.

3. Анализ. Затем психотерапевт вместе с пациентом старается проанализировать возникновение и последствия подобных установок. При этом можно придерживаться следующей схемы:

а) Эмпирический анализ. Соответствуют ли установки, убеждения пациента фактам? Верна ли предпосылка, исходя из которой делается вывод? В приведенном выше в качестве примера случае следует выяснить, что конкретно означает "провалил": не выдержал пациент экзамен или всего лишь получил невысокую оценку.

б) Логический анализ. Соответствует ли вывод фактам, событиям, основным переживаниям? Не являются ли выводы произвольными, односторонними, нелогичными, неправдоподобными, слишком далеко идущими? В приведенном выше примере пациент в своих выводах заходит слишком далеко, и выводы эти противоречат опыту, который показывает, что оценка на экзамене не предопределяет возможность достижения профессионального успеха.

в) Прагматический анализ. Какие практические последствия влечет за собой та или иная установка? Полезны или вредны ее последствия? Установка в приведенном выше примере ведет к пассивности, возможно, к депрессии, отказу пациента от продолжения образования и в конце-концов становится "сбывающимся пророчеством", т. е. оказывается в высшей степени вредной.

4. Изменения. Уже первые три шага могут вести к изменениям установки или создают предпосылки для целенаправленного когнитивного воздействия: становится возможным дать пациенту дополнительную объективную информацию (см. разд. 8.2.,3а) для реалистической оценки той или иной ситуации или проблемы. В некоторых случаях представляется возможным указать пациенту на положительные аспекты ситуации, которая воспринимается им как проблемная. Мы стремимся к тому, чтобы пациент перестал воспринимать ситуацию как драматическую, что сделает возможными полезные, рациональные рассуждения. Сложные проблемы следует по возможности делить на составляющие их вопросы, рассматривать каждый из которых по отдельности бывает

проще.

Решение проблем следует осуществлять поэтапно (см. разд. 8.2.,3в).

Другая возможность изменения установок заключается в том, что психотерапевт указывает пациенту на те его качества, опыт, а также события, которые несовместимы с его негативной установкой. Тем самым ставится под сомнение обоснованность установки пациента или ее, установки, универсальность. Этот прием основывается на испытываемой каждым человеком "потребности в согласованности", т.е. на его стремлении к соответствию установок и опыта. Ошибочные установки возникают в результате того, что "реальность" воспринимается односторонне, искаженно или тенденциозно и "соответствует" таким предвзятым установкам или предубеждениям. Если нам удается найти в истории жизни пациента или его ситуации убедительные факты, противоречащие такой установке, то существующая установка в силу "потребности в согласованности" оказывается неприемлемой и подлежит исправлению.

Мы можем также показать неадекватность той или иной установки, прослеживая шаг за шагом последствия и убеждаясь в том, что она ведет к абсурду. Остроумная формулировка установки или ее утрирование также парадоксальным образом могут вызвать здоровое сопротивление пациента.

При изменении установки важно бывает опробовать новую установку на практике. Поэтому всегда, когда только это возможно, пациенту следует давать "домашние задания", выполняя которые он использует новые установки и при этом постепенно накапливает положительный опыт, добиваясь успехов. Давая пациенту домашние задания необходимо следить за тем, чтобы они не были слишком трудными и не превышали возможностей пациента. Иначе он будет испытывать неудачи, а это может привести его к старым схемам поведения и шаблонам мышления.

Успешное применение на практике новых стратегий в большей степени способствует устойчивым изменениям, чем сугубо теоретические объяснения.

в) Стратегия решения проблемы. Многие психические нарушения, трудности, симптомы можно отнести к проявлениям беспомощности, т.е. неспособности решить существующие проблемы, конфликты, принять необходимые решения или к следствиям неудавшихся попыток решения. В большинстве случаев проблемы решаются в соответствии с уже существующими внешними правилами (традиции, общественные нормы, "в силу обстоятельств" и т.л.) или чисто интуитивно на основании жизненного опыта индивида без дополнительных размышлений. Лишь тогда, когда эти "шаблоны решений" оказываются уже недостаточными, проблемы превращаются в такую "ПРОБЛЕМУ", которая делает человека беспомощным. Тогда следует попытаться посмотреть на проблему со стороны, систематически и рационально анализировать ее и разработать новые стратегии решения. Таким стратегиям можно научиться и они могут применяться в качестве психотерапевтических методов. Главный принцип заключается в следующем: процесс решения проблемы следует разделить на расположенные в логической последовательности этапы (шаги) и тем самым сделать весь путь от постановки проблемы до ее решения и достижения поставленной цели обозримым. В качестве образца может служить приводимая ниже схема.

Шаги решения проблемы:

1. Создание позитивной установки: проблема может быть решена.
2. Субъективное изложение проблемы пациентом.
3. Системный анализ проблемы.
4. Дифференцированное оперативное определение проблемы.
5. Безоценочный поиск альтернативных решений.

6. Реалистическая оценка альтернатив.
7. Принятие решения и его осуществление.
8. Проверка результатов.

1. Создание установки: Важной и при некоторых обстоятельствах решающей предпосылкой успешного решения проблем является убеждение в том, что проблемы, в принципе, поддаются решению и что, вообще говоря, стоит активно заниматься их решением. У пациентов, особенно страдающих депрессией, такой установки часто нет. Они или считают, что решить проблему невозможно, или ждут, что решение придет только извне, от какого-то "Deus ex machina"* [*Deus ex machina (лат.) — Бог из машины. — *Прим. переводчика.*]. В таком случае необходимо целенаправленное изменение установки (см. разд. 8.2.3,б), касающейся не какой-то определенной цели, а решения проблем вообще. Для этого пациенту предлагается ознакомиться со следующими утверждениями:

♦ проблемы относятся к числу нормальных явлений жизни.

Успешное решение проблем обычно воспринимается как нечто само собой разумеющееся. Только, якобы, неподдающиеся решению проблемы обращают на себя внимание;

♦ проблемы, с которыми имеют дело в психотерапии, в принципе, не отличаются от прочих проблем и заданий, с которыми мы справляемся ежедневно. Другими словами, у каждого есть репертуар хорошо работающих стратегий решения проблем, к которому можно вернуться при решении возникающей проблемы, лишь расширив или слегка изменив его;

♦ каждая проблема в конце концов так или иначе решается. Человек или становится жертвой такого развития или принимает в нем активное участие и от него зависит результат. Ничего не делать — тоже решение, имеются, возможно, решения получше;

♦ большинство проблем не следует решать немедленно и поэтому как попало.

И личные, психические проблемы доступны системному анализу и поддаются решению в результате основательного обдумывания.

Такая позитивная установка является предпосылкой для следующего шага. Ее достижение часто бывает главной проблемой стратегии решения проблемы.

2. Субъективное изложение проблемы.

Цель этого шага заключается в том, чтобы пациент дал собственное изложение или определение своей проблемы. Психотерапевт должен избегать "конструирования" проблем пациента, пытающегося склонить его к этому. Такой образ действий может полностью затушевать проблему пациента. Проблема, формулируемая психотерапевтом, может оказаться в значительной степени собственной проблемой психотерапевта. Некоторые пациенты бывают даже "благодарны" психотерапевту за такое "достижение", поскольку тем самым психотерапевт поступает в соответствии с присущим им желанием изолировать себя от собственных проблем. Установка психотерапевта "Я уже знаю, в чем заключается Ваша проблема", легко может ввести его в заблуждение. Лучше, не слишком провоцируя сопротивление пациента, "прикинуться простачком" и задавать вопрос за вопросом. Это побудит пациента постепенно, шаг за шагом уточнять свою проблему и дополнять свой рассказ.

Чтобы лучше понять субъективную точку зрения пациента, следует искать ответы на следующие вопросы:

♦ какие субъективные представления (гипотезы и ожидания) существуют у пациента относительно причин и последствий его проблемы? Субъективные установки часто бывают более серьезными препятствиями на пути решения проблем, чем объективные обстоятельства;

♦ какие решения проблемы видит пациент? Может быть, утопическая целевая

установка и является собственно проблемой;

♦ как пациент пытался решить свою проблему до сих пор? Какой опыт (частичный успех, неуспех) получен им к настоящему времени? (Эта информация важна потому, что в психотерапии не следует "вновь пытаться делать то же самое".)

3. Анализ проблемы. Если на предыдущем этапе пациент излагал свою субъективную точку зрения на проблему (при этом психотерапевт старался не оказывать на него какое-либо влияние), то в ходе анализа проблемы с помощью целенаправленных, следующих определенной системе вопросов стремятся выявить все обстоятельства, связанные с проблемой, и их взаимосвязь. В зависимости от структуры личности люди проявляют склонность видеть проблему либо как нечто, пришедшее извне, порожденное другими, судьбой, либо наоборот, исключительно как последствие собственных недостатков. Важно поэтому установить различия между объективными составляющими проблемы с помощью следующих вопросов:

♦ каковы объективные условия жизни пациента, не позволяющие ему осуществить изменения и требующие усилий для адаптации? (например, возраст, инвалидность, социоэкономический статус, события жизни и т.д.);

♦ какова доля объективных обстоятельств в возникновении проблемы?

♦ какие установки способствовали возникновению проблемы?

♦ какие личные конфликты стоят за проблемой?

♦ какие ожидания имеются у пациента в отношении самого себя?

♦ какие ожидания (фактические или предполагаемые) имеются в отношении пациента у его окружения?

♦ в соответствии с какими "правилами" (нормами, моделями, мотивациями) пациент пытался до настоящего времени решать свои проблемы?

♦ имеется ли неопределенность в отношении таких "правил"? Может быть, для данной проблемы вообще нет "правил решения", поскольку это совершенно новая проблема? Возможно, существуют какие-то пробелы в знаниях? Или неуверенность в отношении правил решения проблемы связана с чрезмерно абстрактным ее характером или ее неконкретностью, что делает невозможным конкретные указания, касающиеся образа действий? (Например: "Всегда следует вести себя корректно!");

♦ не являются ли существующие правила чрезмерно жесткими? Может быть, применявшиеся до сих пор стратегии были столь негибкими, что постоянно вели к "одному и тому же" и поэтому не способствовали решению новой проблемы? (Например, стереотип поведения, направленный на уклонение от определенных действий, выполнение ритуалов взамен действий, навязчивые действия).

4. Определение проблемы. Анализ проблемы способствует более точному оперативному определению проблемы. Первоначальная формулировка проблемы пациентом, порождавшая беспомощность и пассивность, подвергается постепенному, шаг за шагом изменению, что открывает возможности решения и стимулирует действия. Это означает, что пациент из "жертвы своей проблемы" становится ее "виновником".

Сначала проблема звучала так: "Я такая одинокая и заброшенная, потому что мой муж очень занят на работе и ждет от меня, что я буду заниматься только детьми и хозяйством. Мои обязанности столь велики, что я все время испытываю усталость, ничего мне не хочется делать и никто мною не интересуется".

После переформулировки проблемы: "В результате моих собственных представлений об идеальной матери, супруге и домашней хозяйке я предъявляю к себе чрезмерные требования и полностью изолирована от других. Ожидания моего партнера еще более усилили эту тенденцию. Как могу я изменить свою установку? Как мне поговорить с моим партнером об организации жизни совместными силами? Какие существуют возможности преодолеть мою изолированность и какие конкретные шаги могу я предпринять в этом направлении?"

5. Поиск альтернатив. Этот шаг заключается в том, чтобы преодолеть

ограничения, которые до сих пор были присущи пациенту в его размышлениях о возможности решения проблемы. Часто попытки решения проблемы терпят неудачу с самого начала потому, что сама мысль о нетрадиционных (для пациента) решениях отвергается им по схеме: "Можно было бы, наверное... нет, это невозможно, с этим я не справлюсь, это неприемлемо в моральном отношении, это повлечет катастрофические последствия", и мысль не доводится, не "додумывается" до конца.

В поиске альтернативных решений можно использовать метод так называемого "мозгового штурма". Речь здесь идет о "направленных свободных ассоциациях", возникающих в связи с данной проблемой, когда фантазии предоставляется полная свобода. При этом необходимо воздерживаться от оценок и фиксировать все приходящие на ум (!) возможности решения вне зависимости от вероятности их осуществления или возможных последствий. Здесь допустимы и утопические идеи. Психотерапевт может способствовать осуществлению этой процедуры, выступая с предложениями, далекими от реальности, что предотвратит сужение рамок фантазии. Рекомендуется все предложения, касающиеся возможностей решения, сразу же записывать, чтобы не забыть о них под влиянием незамеченных негативных оценок. Метод "мозгового штурма" может внести игровой момент в решение даже самых серьезных проблем.

6. Оценка альтернатив: Затем из большого (будем надеяться) числа мыслимых возможностей решения следует выбрать реальные. Оценка отдельных возможностей осуществляется по следующим критериям:

♦ Проверка осуществимости. Какие предпосылки необходимы для этого? Каких это потребует издержек? Возможно, следует провести "анализ расходов и приходов".

♦ Оценка на основании личных "этических" представлений о ценностях.

♦ Оценка эмоциональных последствий. Обретение радости жизни, удовлетворения, чувства собственной значимости или эмоциональное обнищание, скука.

♦ Прогнозирование вероятных конкретных последствий личностного характера.

♦ Оценка последствий для близких людей и для окружения вообще.

♦ Сопоставление последствий для ближайшего будущего с отдаленными во времени последствиями.

7. Принятие решения и его осуществление. На основании оценки, рассмотренной выше, становится возможным принятие решения по одному или нескольким вариантам. Сначала возможные решения могут быть проиграны в виде игры-плана (в воображении) или ролевой игры, т.е. в облегченных условиях. Это позволит на конкретных примерах разработать стратегии реализации желанных целей в реальных условиях. Фактическая же реализация на практике должна, насколько это возможно, осуществляться постепенно шаг за шагом, чтобы возникший при этом страх оставался контролируемым и можно было вносить, если понадобится, поправки.

8. Проверка результатов. Для этого снова обращаются к категориям оценки, использовавшимся в ходе осуществления шага 6. Здесь могут быть рассмотрены другие альтернативы, для чего потребуется повторение шагов 6-8. Эта операция повторяется до достижения желанной цели.

8.3. Методы изменения поведения

8.3.1. Основной принцип

Цель каждой психотерапии — чтобы добиться изменений в мыслях, чувствах и действиях пациента. Поведенческая психотерапия концентрируется в основном на действиях и пытается влиять непосредственно на поведение. Оно поддается наблюдению, а пациент может дать его конкретное описание. Такая ограниченность психотерапевтических воздействий оправдывается тем, что изменение внешнего поведения оказывает воздействие и на интрапсихические процессы: эмоции, установки и

когнитивные процессы.

Если в результате сильной генерализации фобии возможности человека в самых различных областях его жизни оказываются весьма ограниченными, то он испытывает подавленность, неудовлетворенность, возможно также раздражение в отношении своего партнера, а самого себя воспринимает как неудачника. Если в ходе психотерапии он научается снова что-либо делать, не испытывая при этом страха, быть более самостоятельным и при этом переживать чувство успеха, то это окажет влияние на самооценку, его настроение, отношение к партнеру, на все его отношение к жизни.

Поведенческая терапия основывается на **трех видах научения**, ведущим к овладению нормальным, соответствующим реальности поведением, и к устранению отклонений в поведении:

1. посредством достижения обучающимся успеха ("оперантное обусловливание").
2. с помощью сигналов ("классическое обусловливание")
3. посредством наблюдения ("научение с помощью подражания модели").

"Научение посредством достижения успеха" означает, что последствия или результаты какого-либо определенного поведения оказывают влияние на само это поведение. Положительные последствия (например, успех, вознаграждение или похвала) усиливают данное поведение или повышают его вероятность. Негативные последствия (неуспех или критика) ослабляют соответствующее поведение или гасят его.

"Научение с помощью сигналов" означает, что реакция на определенное событие, на какого-либо индивида или ситуацию переносится на такие же или подобные ситуации, могущие возникнуть в будущем ("генерализация").

"Научение посредством наблюдения" также способствует формированию поведения, особенно социального. Наряду с приспособлением, обусловленным социокультурным окружением, существует также врожденная готовность к восприятию поведения "товарищей по виду" ("инстинкт поведения"). Насколько другой человек в этом смысле выступает как модель, зависит от того, в какой степени обучающийся индивид может отождествлять себя с ним и каких успехов он добивается своим поведением.

Научение в соответствии с этими тремя принципами осуществляется в любой форме психотерапии вне зависимости от того, используют участники психотерапии эти принципы осознанно или нет. Но при сознательном и целенаправленном применении указанных принципов они приобретают форму психотерапевтических методов, направленных на изменение поведения. При этом поведенческая терапия открыто декларирует свою ориентированность на настоящее время. С помощью тщательного анализа поведения или **анализа существующих условий** она пытается выявить имеющиеся в данное время факторы, которые вызывают соответствующее поведение или препятствуют ему. С помощью психотерапевтического изменения этих факторов может быть изменено и само поведение. История предшествующего периода в жизни пациента понимается как **история научения** и используется, чтобы в простой форме объяснить пациенту, как его теперешние схемы поведения сформировались шаг за шагом в ходе научения в прошлом.

Прежде чем начать целенаправленно применять методы поведенческой терапии, следует получить ответы на следующие вопросы:

♦ Чем вызывается данное поведение? Какими ситуациями, переживаниями, людьми, предметами и т.д.?

♦ Как в ходе научения у пациента сформировались присущие ему установки, ожидания и способы реагирования? Как определенные ситуация или переживание будут "переработаны" психикой пациента?

♦ Каковы последствия данного поведения? Какие непосредственные и отдаленные

последствия влечет за собой данное поведение? Как в результате данного поведения изменилась жизненная ситуация пациента и какие это повлекло изменения в самом поведении?

Основная, но не единственная цель поведенческой терапии заключается в изменении поведения. Когнитивные изменения, такие как изменения установок и системы взглядов, являются, при известных условиях, предпосылкой изменения поведения, и уж, конечно, должны быть следствием последних. Изменения в одних лишь взглядах без изменений в поведении дают мало удовлетворения; одни лишь изменения в поведении без понимания существующих взаимосвязей неустойчивы, и пациент оказывается не способен переносить их на другие ситуации или делать на их основании обобщения.

Создание доверительных и устойчивых отношений между пациентом и психотерапевтом, — одно из важных (основополагающих) условий успешного применения методов поведенческой терапии. Необходимой предпосылкой и основополагающим условием применения методов поведенческой терапии является создание доверительных и устойчивых отношений между пациентом и психотерапевтом. Это дает возможность пациенту вместе с психотерапевтом поработать над определением целей и путей из достижения. Если это условие не выполняется, то пациент чувствует, что им манипулируют и оказывает здоровое (!) сопротивление.

8.3.2. Показания

При использовании в психотерапии принципов научения следует проводить различие между неспецифическим воздействием и целенаправленным применением методов поведенческой терапии для исправления определенных нарушений. Любая реакция психотерапевта на поведение пациента содержит ободряющие или обескураживающие пациента компоненты. Кроме того, каждое поведение психотерапевта при хороших его отношениях с пациентом имеет характер модели. Каждый разговор на проблемные или порождающие страх темы оказывает эффект десенсибилизации, уменьшающий страх. Это все неспецифические факторы воздействия, которые, однако, также могут обдуманно и целенаправленно использоваться в психотерапии и тем самым при любом виде психических нарушений выступать в виде дополнительного элемента психотерапии.

Следующие специфические техники могут целенаправленно применяться при определенных нарушениях:

а) Научение посредством достижения пациентом успеха: при неуверенности, испытываемой пациентом, и его недостаточной компетентности в ситуациях социального поведения; девиантном поведении, недостаточной эффективности в работе и пониженной активности вообще, любом устранении нарушений в поведении и формировании нового поведения.

б) Десенсибилизация: при фобиях и неврозах страха, когда причина страха или вызывающий его фактор конкретны; компульсивном поведении, когда за ним стоят принимающие форму ритуалов или стереотипные попытки избежать возникновения страха; депрессии и патологической реакции печали, когда она представляет собой избегание конфронтации с определенным доступным сознанию травматизирующим переживанием потери.

в) Научение, при котором подражают модели: при нарушениях в социальном поведении; овладении стратегиями преодоления страха, решения проблем и конфликтов.

8.3.3. Практическое применение

а) Научение посредством достижения успеха.

Успех и поощрение способствуют данному поведению, усиливают его, а неудача и критика ослабляют поведение или гасят его. При практическом применении данной техники в психотерапии следует руководствоваться двумя основными положениями:

1. Продвижение должно осуществляться малыми шагами при достаточном количестве повторений.

2. Психотерапевтические воздействия, направленные на усиление или ослабление поведения, должны осуществляться с учетом индивидуальных особенностей пациента.

1. Шаг за шагом. Любой план психотерапии должен строиться с учетом характера нарушений и индивидуальных особенностей пациента, а в ходе психотерапии план может изменяться. Не существует пригодной для каждого программы психотерапии или научения, направленных на устранение нежелательного поведения или создание нового. Отдельные шаги должны быть достаточно маленькими. Это означает, что каждое задание должно соответствовать способностям пациента и быть достаточно простым, чтобы он мог выполнить его успешно (!). Неудачи, вызванные чрезмерно высокими требованиями, слишком большими шагами, слишком трудными промежуточными целями обескураживают, и результат бывает противоположным намеченному. Чтобы результат научения был устойчив, отдельные шаги должны повторяться достаточно часто. Успешное поведение, пусть даже в осуществлении малых шагов является одним из самых эффективных способов усиления данного поведения. Понятно, что даже при оптимально составленной программе психотерапии не все шаги могут быть осуществлены пациентом успешно с первого раза. Постепенность процесса психотерапии предполагает, что пациент и психотерапевт снижают свои часто нереалистичные, слишком высокие требования и бывают готовы к возможным неудачам. Если психотерапевт и указывает пациенту на возможность столкновения с неудачей, то это не должно обескураживать последнего. Такая установка может еще более усилить эффект настоящего успеха и уменьшить отрицательное воздействие возможной неудачи. Такое внушение, несущее в себе указание пациенту, — "с этим Вы наверняка справитесь", — делать рискованно, так как в случае неудачи у пациента возникнут сомнения в отношении не только себя, но и авторитета психотерапевта.

Пожилая пациентка, впавшая в депрессию после смерти мужа, полностью изолировалась от окружения и не выходит из квартиры. От нее нельзя требовать, чтобы она немедленно сняла телефонную трубку и позвонила в клуб пожилых людей, чтобы записаться в него. Первым шагом для нее было бы, возможно, один раз в день дойти до ближайшего киоска и купить газету. Последующие шаги: сходить за покупками, поехать в город, зайти в кафе и выпить кофе и т.д. Лишь после этого — восстановление контактов со знакомыми. Решающим при разработке постепенно усложняющейся программы активности является субъективная оценка пациентом трудности отдельных шагов.

2. Использование одобрения и влияние переживания успеха ("подкрепление")

Не существует единого правила, касающегося использования в психотерапии подкрепления, нет и каталога универсальных факторов подкрепления. Когда, где и для кого результат действует в качестве подкрепления — зависит от индивидуальных особенностей пациента, его состояния в данный момент или самочувствия, а особенно от его личных установок, опыта и истории его научения.

Способность психотерапевта тонко чувствовать, его эмпатия, а также понимание им пациента — предпосылки эффективного применения подкрепления в психотерапии. И в ходе процесса психотерапии использование подкрепления должно осуществляться с учетом изменяющихся условий. Как и в любых межличностных отношениях, так и в психотерапии поощрение со стороны психотерапевта один из самых эффективных

подкреплений. Использование похвалы или выражение признания предполагает, однако, способность психотерапевта тонко чувствовать ситуацию. "Дешевая" или не соответствующая ситуации похвала воспринимается с недоверием и может привести к прямо противоположному эффекту. Важно укреплять самооценку пациента указаниями на его качества, способности и достижения. В психотерапии даже небольшие успехи не следует трактовать как нечто само собой разумеющееся, они заслуживают соответствующего признания.

Критика, порицание или лишение одобрения могут применяться лишь в очень ограниченном объеме и после тщательного обдумывания, так как они могут навредить отношениям пациент — психотерапевт. Хотя и верно, что отрицательные последствия поведения могут вести к прекращению такого поведения, но в таких случаях возможно возникновение новой проблемы, которая может быть названа "вакуум поведения". Если не принять соответствующие меры, то такой "вакуум" может быть заполнен новым, возможно столь же нежелательным поведением.

Психотерапевт может попытаться устранить "приступы обжорства" у пациента с избыточным весом, указывая на отрицательные последствия его поведения, но при этом он оставляет без внимания то обстоятельство, что на смену придет усиление табакокурения. Целесообразнее было бы научить пациента своевременно распознавать импульсы приближающегося приступа обжорства и вслед за этим использовать методы расслабления, которыми он владеет, или осуществлять другую альтернативную деятельность.

Если отношения пациент-психотерапевт устойчивые, обдуманное и целенаправленное применение критики недостатков в поведении пациента может оказаться эффективным вмешательством, изменяющим поведение. Критика, однако, должна быть сразу же понятной для пациента и содержать информацию об ином доступном для него поведении. Больше успеха приносит требование осуществлять положительное поведение, несовместимое с нежелательным поведением.

И значимые лица из окружения пациента, которые, возможно, прежде чрезмерным одобрением поддерживали нежелательное поведение пациента и даже усиливали его, могут в ходе разговора с пациентом способствовать изменению его поведения и тем самым оказывать психотерапевтическое влияние. Близкие пациенту лица должны рассматривать адекватное поведение не просто как нечто само собой разумеющееся, но реагировать на него полным одобрением, а нежелательное поведение как бы оставлять без внимания. Подобные психотерапевтические мероприятия следует осуществлять очень осторожно, так как "роль ко-терапевта", выполняемая близким пациенту человеком, может повредить другим аспектам их отношений.

Наряду с рассмотренным выше влиянием на поведение межличностных взаимодействий, при определенных условиях могут быть задействованы и материальные стимулы в виде, например, карманных денег для подростков и удовольствий, недоступных каждый день. Важно при этом, чтобы эти вещи воспринимались не как подарок, а как полностью заслуженная плата за достижения. Эффективны также символические поощрения в виде, например, кривой уменьшения веса, счета, на который заносятся полученные оценочные баллы и т.д. Пациенту можно предложить самому придумать для себя конкретные соответствующие его потребностям и желаниям награды, которыми он может поощрять себя, достигнув определенной цели (например, виды деятельности, какими он охотно занимается, или материальные вещи, которые он очень хочет иметь).

При всех психотерапевтических воздействиях, направленных на усиление, ослабление или прекращение поведения, решающим фактором, определяющим их эффективность, является **последовательность**. Только когда последствия какого-либо поведения **очевидны, не вызывают сомнений** и предвидимы, поведение может целенаправленно изменяться. Непоследовательность же, наоборот, ведет к неудаче.

Наряду с непосредственными последствиями (например, уменьшение страха при уклонении от контактов с вызывающими страх объектами), нежелательное поведение имеет, как правило, и другие отдаленные последствия, которые сам пациент часто не представляет себе. В ходе психотерапии важно бывает показать пациенту, как частично положительные результаты поведения ("вторичный выигрыш, даваемый болезнью") в более отдаленный перспективе, однако, вызывают отрицательные последствия. Целенаправленно указывая пациенту на отрицательные последствия его поведения в отдаленной перспективе можно вызвать немедленное изменение поведения или, по крайней мере, создать мотивацию для изменения.

Как добиться стабилизации желательного поведения? Как сделать пациента все более независимым от подкреплений, осуществляемых психотерапевтом, чтобы его изменившееся или новое поведение сохранялось и после завершения психотерапии? И здесь необходима постепенность. В начале психотерапевт должен, если это возможно, на каждое проявление желательного поведения отвечать подкреплением. Затем он побуждает пациента давать самому себе желаемое пациентом подкрепление. Сам психотерапевт должен при этом все больше "отходить в сторону" и лишь время от времени оказывать воздействие, подкрепляющее желательное поведение. Цель заключается в том, чтобы изменяющееся поведение изменило жизненную ситуацию пациента в положительную сторону, а пациент в конце концов обрел способность "подкреплять" самого себя.

б) *Десенсибилизация*

Согласно теории научения многие виды страха представляют собой заученные эмоциональные реакции. Страх может быть "рассеянным", не связанным с чем-то определенным. В таком случае десенсибилизация в узком смысле этого слова невозможна. Страх может порождаться также конкретными, доступными описанию объектами, внешними ситуациями, физическими ощущениями или мыслями. Тогда он имеет так называемый фобический характер и ему можно противостоять с помощью десенсибилизации. Страх можно не только подавить или вытеснить, но и победить или забыть. Для этого должны быть созданы условия, аналогичные тем, которые существовали при возникновении страха.

Общий принцип любой формы десенсибилизации заключается в **конфронтации пациента со страхом**. Пациент должен в своем воображении или в действительности столкнуться с ситуацией, вызывающей у него страх. **Десенсибилизация, таким образом, представляет собой нечто противоположное предшествовавшему поведению, направляемому на избегание**, с помощью которого пациент более или менее успешно пытался уменьшить страх.

Фобическое поведение характеризуется тем, что пациент или полностью изолируется от окружения, замыкается у себя дома в среде, вызывающей его доверие, или формирует сложные способы поведения, направленные на избегание вызывающих страх ситуации, а значит и сам страх. Навязчивые действия также могут быть одним из видов поведения избегания, которое стало совершенно самостоятельным, выражаясь в стереотипном ритуале, но первоначально такие навязчивые действия также имели целью избежать страх. В ходе психотерапевтического процесса им можно вернуть их первоначальный смысл. И депрессивное поведение может быть поведением избегания, а именно смягчением конфронтации с переживанием потери (разочарованием, неудачей, смертью близкого человека).

При использовании процедуры десенсибилизации пациенту следует предварительно объяснить, какие принципы лежат в основе десенсибилизации и как конкретно будут осуществляться практические упражнения.

Десенсибилизация приносит успех только тогда, когда сам пациент ведет себя активно, и психотерапевт лишь дает соответствующие указания.

В ходе упражнений по десенсибилизации возможны сильные проявления страха, к которым пациент должен быть подготовлен. Неподготовленного пациента вызывающие страх ситуация или представление могут застать врасплох и даже привести к нежелательному повышению восприимчивости к страху.

Десенсибилизацию можно проводить различными способами: в воображении, или в действительности, можно постепенно — шаг за шагом или "сразу на полную мощность". Ниже приводятся описания некоторых конкретных методов.

Систематическая десенсибилизация. Эта форма десенсибилизации осуществляется шаг за шагом, в воображении. Пациент при этом находится в расслабленном состоянии. Здесь необходимо бывает осуществить следующие три шага:

1. Выявление иерархии страхов, присущей данному индивиду.
2. Овладение одним из методов расслабления.
3. Предъявление находящемуся в расслабленном состоянии пациенту ситуации или объекта, вызывающих у него страх.

Под иерархией страхов понимают список вызывающих страх ситуаций, объектов или представлений о них, расположенных в порядке, соответствующем силе вызываемого ими страха. При этом объективная опасность той или иной ситуации в расчет не принимается, важна лишь субъективная оценка, даваемая пациентом. Отдельные ситуации или объекты описываются как можно более конкретно, чтобы позже их можно было представить зрительно. Такие абстрактные или общие понятия, как страх перед будущим, страх потери, экзистенциальный страх для десенсибилизации не подходят. На основе изучения страхов создается список, включающий 10-20 ситуаций или объектов, вызывающих страх у пациента. Первое место в этом списке занимает ситуация, вызывающая максимальный страх, на последнем месте должна стоять ситуация, не вызывающая страха. Ситуации следует подбирать так, чтобы сила страха при переходе от ситуации к ситуации изменялась как можно более равномерно, это позволит в ходе десенсибилизации двигаться небольшими шагами и избегать перегрузки пациента. В случае необходимости сила страха, вызываемого занимающими промежуточное положение ситуациями, может регулироваться изменением расположения вызывающих страх объектов во времени и пространстве (ближе или дальше по отношению к пациенту), или же величиной, отчетливостью и числом таких объектов.

После установления иерархии вызывающих страх ситуаций и овладения пациентом одним из методов расслабления (см. разд. 5.8), можно начинать собственно систематическую десенсибилизацию. Для этого пациент входит в состояние расслабления и начинает представлять первую ситуацию, еще не вызывающую страх. Затем он одну за другой представляет ситуации, расположенные так, что сила вызываемого ими страха все возрастает. Каждую из этих ситуаций пациент представляет до тех пор, пока прекратится реакция страха. Только тогда можно переходить к следующей позиции в списке. Делается это на протяжении многих следующих друг за другом психотерапевтических сессий до тех пор, пока ни одна из ситуаций не будет вызывать страха. Сколько для этого понадобится сессий будет зависеть от величины списка, содержащего иерархию страхов, и от силы страха.

Трудности, которые могут возникнуть при осуществлении систематической десенсибилизации. Многим пациентам трудно бывает добиться достаточного расслабления. В этом случае следует попытаться применить другие методы расслабления или прибегнуть к внушению. Но возможность использования медикаментозных средств для достижения расслабления весьма проблематична, так как не исключено возникновение зависимости от них. Кроме того, пациент не будет считать преодоление страха своим собственным достижением. Многие пациенты испытывают также трудности,

пытаясь достаточно конкретно представить вызывающие страх ситуации. Им можно порекомендовать словесно описать ситуации, а затем попытаться создать соответствующие представления или образы (см. разд. 8.1). Серьезная проблема возникает тогда, когда пациент пытается (так же, как он это делает в реальной жизни) и в воображении избегать вызывающие страх ситуации и создает "ложные" или несоответствующие проблеме представления. Тогда результатом бывает мнимый успех.

В конце концов, любой "успех", достигнутый в ходе десенсибилизации, должен быть проверен в реальных ситуациях.

Десенсибилизация в реальных ситуациях. Преодоление страха методом десенсибилизации может быть осуществлено и в реальных ситуациях. При этом также необходима постепенность, продвижение шаг за шагом, но возможности предварительного расслабления здесь не существует.

Неосуществима и строгая последовательность для систематической десенсибилизации, но в этом и нет абсолютной необходимости. Еще важнее, чем при систематической десенсибилизации, проводимой в закрытом пространстве специального помещения, объяснить пациенту предстоящую процедуру и подготовить его к ней.

Обязательной предпосылкой десенсибилизации в реальной действительности является понимание пациентом принципа воздействия испытываемого им страха, ибо логика прежнего поведения пациента вела его в противоположном направлении: он старался избежать страха. Пациент должен быть подготовлен к тому, что ему предстоит пережить страх, а одновременно он должен быть убежден в том, что страх не будет усиливаться беспредельно, а, как показывает опыт, поддастся контролю и в конце концов затихнет. Только тогда пациент сможет идти навстречу страху, не чувствуя при этом, что он беззащитен, или что им манипулируют.

Неожиданная для пациента конфронтация с объектом или ситуацией, вызывающими страх, не только неприемлема с этической точки зрения, но и рискованна в психотерапевтическом отношении, поскольку лишь ухудшает состояние пациента. Порядок осуществления десенсибилизации в реальных условиях таков: на основании анализа поведения составляется список ситуаций, вызывающих страх. Эти ситуации располагаются в последовательности, соответствующей силе страха, вызываемого ими, а затем с пациентом согласовывается программа психотерапии. В зависимости от возможностей пациента и его готовности к сотрудничеству выбирается величина "шагов", которыми психотерапевт ведет пациента к все более сложным или вызывающим все больший страх ситуациям. При этом следует иметь в виду, что пациенту предстоит испытать настоящий страх. Этот страх — неприятная, но необходимая составная часть такой формы десенсибилизации. Испытываемый страх служит свидетельством того, что ситуация для десенсибилизации была выбрана правильно. Отсутствие страха может означать: или данная ситуация не подходит для решения поставленной задачи, или пациент осуществляет "стратегию внутреннего избегания" (например, думает о чем-то другом), чтобы избежать страха. Для достижения десенсибилизации пациент должен выдерживать вызывающую страх ситуацию в течение времени, необходимого, чтобы испытываемый им страх достиг максимальной величины, а затем начал постепенно ослабевать и, наконец, исчез. Этот процесс, находит отражение в таких объективных показателях, как величина пульса пациента, а также в его отчетах о переживаемом им страхе (субъективный показатель). Не разрешается каким-либо образом успокаивать пациента, противопоказан и прием успокаивающих медикаментозных средств, ибо пациент в этих случаях не ощутит, что его страх преодолим, что он ослабевает сам по себе и "катастрофа", которой он так боялся, не происходит.

Каждая десенсибилизация должна осуществляться до тех пор, пока страх полностью пройдет. Преждевременное прерывание процесса может дать эффект, противоположный желаемому: произойдет то, что в теории научения называется сенсибилизацией.

Программа психотерапии должна также предусматривать, что постепенно пациент берет инициативу по проведению упражнений в свои руки. Пациенту предстоит выполнять упражнения, уже успешно освоенные им и под руководством психотерапевта, и самостоятельно, вне рамок психотерапевтических сессий. План постепенной десенсибилизации может также предусматривать первоначально десенсибилизацию в воображении, а затем, на ее базе, десенсибилизацию в реальной действительности. Если фобия не особенно сильна, а пациент активно сотрудничает с психотерапевтом, программа упражнений с самого начала может предусматривать самостоятельное выполнение заданий пациентом.

Десенсибилизация в реальной действительности очень подходит для амбулаторного лечения. Опыт показал, однако, что даже небольшое количество упражнений по десенсибилизации в реальной действительности может принести большую пользу тем пациентам, способность к интроспекции и вербализации которых ограничена. При известных условиях такая процедура, выполняемая в сопровождении психотерапевта, осуществляющего наблюдение, может дать больше данных о переживаниях пациента, чем продолжительные обследования пациента. О своих страхах и мыслях таким пациентам часто бывает проще рассказать в реальной ситуации. Затем этот "материал" может прорабатываться на обычных психотерапевтических сессиях.

Десенсибилизация с помощью "метода наводнения". Десенсибилизация может осуществляться не только постепенно, шаг за шагом, но и "методом наводнения". Такой метод возможен при десенсибилизации в реальной действительности, в воображении, а также при сочетании этих двух подходов.

На одной из предварительных сессий выявляются ситуации, вызывающие наибольший страх, и пациенту объясняется методика предстоящей процедуры. Затем проводятся пробные упражнения (одно-два), где рассматриваются ситуации, вызывающие не самый сильный страх. Их смысл в том, чтобы ознакомить пациента с практикой этого подхода, а психотерапевт в то же время получает представление о возможных реакциях пациента. В ходе упражнения в десенсибилизации "методом наводнения" в реальной действительности или в воображении происходит *конфронтация пациента с ситуацией, вызывающей у него наибольший страх.* Эту конфронтацию следует выдерживать (и пациенту, и психотерапевту!) до тех пор, пока страх не пройдет. Аналогично поступают и при симптомах навязчивости: препятствуя осуществлению компульсивных действий, вызывают у пациента страх, а затем добиваются эффекта десенсибилизации.

"Метод наводнения" — очень экономный и эффективный способ десенсибилизации. Однако его осуществление на практике — дело очень трудное и сопряженное с определенным риском. К предпосылкам успешного его осуществления можно отнести способность пациента выдерживать психические и физические нагрузки, а также большой опыт, способность тонко чувствовать и уверенность в себе психотерапевта. Психотерапевт, не владеющий в достаточной мере этим методом, будет во время конфронтации действовать, возможно, недостаточно решительно или преждевременно прервет упражнение, так как проявления страха, демонстрируемые пациентом, окончательно обескуражат его. И вместо пользы упражнение принесет вред. Таким образом, практическое применение этого метода требует от психотерапевта достаточного опыта и в определенном смысле "десенсибилизации" в отношении данного подхода.

И хотя "метод наводнения" при амбулаторной работе может найти лишь

ограниченное применение, приведенное здесь короткое описание этой исключительно эффективной психотерапевтической процедуры должно избавить психотерапевтов от широко распространенной боязни обращаться в работе с пациентом к вызывающим сильный страх ситуациям или темам.

Конфронтация со страхом является очень эффективным психотерапевтическим средством.

Проблемы, чаще всего возникающие при осуществлении десенсибилизации. Страх — чувство неприятное. Поэтому и в психотерапевтической ситуации пациент пытается его избежать. Даже наиболее склонные к сотрудничеству пациенты проявляют эту тенденцию, но делают это в такой форме, что попытка избежать страха часто остается незамеченной как ими самими, так и психотерапевтом.

Доступное наблюдению внешнее поведение обычно хорошо контролируется. Труднее бывает уловить мысли и установки, являющиеся помехами, которые и при определенных условиях делают упражнение совершенно неэффективным. Некоторые пациенты пытаются, например, в ходе упражнения по десенсибилизации отвлечься от своих мыслей и думать о чем-нибудь приятном. Такой способ избегания страха представляет собой одну из стратегий его преодоления. Но это "мнимое решение", так как эффект сохраняется лишь очень ограниченное время и действительного преодоления страха не происходит. Скорее наоборот, такой внутренний "маневр отвлечения" оказывается даже контрпродуктивным. Важно поэтому, особенно при упражнениях в условиях реальной действительности, постоянно расспрашивать пациента о возникающих у него мыслях и, более того, пытаться выявить "уход от страха". Предложение психотерапевта выполнить определенные упражнения некоторые пациенты истолковывают как "приказ" и тем самым перекладывают ответственность за свое поведение на психотерапевта. Им также удается избежать страха, поскольку "психотерапевт знает, что делает, и не допустит катастрофы". От психотерапевтов требуется большое искусство: продемонстрировать пациенту свою установку на помощь и в то же время не снять с пациента ответственность за осуществляемое им поведение. Поведение психотерапевта, содержащее внушение или нажим, недопустимо. Психотерапевту следует постоянно спрашивать пациента об его желании сделать следующий шаг с тем, чтобы пациент осознал свою долю ответственности.

Психотерапевт не должен сталкивать пациента со страхом, пациент сам должен встать лицом к лицу со своим страхом.

в) Научение посредством подражания. Научить новому поведению или изменить его можно если наблюдать за служащим моделью поведением других или с помощью исполнения взятой на себя роли в модельной ситуации. Успех такого научения с использованием модели зависит от трех обстоятельств:

1. Чем ближе модельная ситуация и индивид, служащий моделью, пациенту (в плане эмоциональных контактов, возраста, пола, социального положения и т.д.), тем сильнее эффект.

2. Чем привлекательнее индивид, служащий моделью, или чем приятнее модельная ситуация, тем более сильным будет подражание.

3. Пациент будет осуществлять желательное поведение в реальной действительности, если он сам в ходе исполнения взятой роли или индивид служащий моделью в результате такого поведения увидит положительные последствия и будет добиваться успеха, получать одобрение. Если эти условия отсутствуют, пациент будет избегать желательного поведения.

Психотерапевт должен осознавать, что когда научение посредством подражания применяется целенаправленно как психотерапевтический прием, то и в этом случае поведение его (психотерапевта) по отношению к пациенту служит моделью и играет

важную роль в формировании отношений между ними. Манера, в какой психотерапевт разговаривает с пациентом, то, как он пытается деликатно, но в то же время конкретно и по-деловому разобраться в проблематике, по механизму модели передается и пациенту и сказывается на том, как он решает свою проблему. Если психотерапевт в своих действиях неконкретен, нецелеустремлен и непоследователен, то и пациент будет ориентировать себя на подобный стиль. Если психотерапевт демонстрирует свои опасения в связи с трудностью какой-то проблемы и проявляет робость, то это будет усиливать и чувства страха, и беспомощности у пациента. Но столь же мало пользы будет, если психотерапевт займет диаметрально противоположную позицию — он все, якобы, знает, все умеет. В таком случае он будет "недостижимым" для пациента и последнему трудно будет идентифицировать себя с ним. Нет ничего позорного в том, что психотерапевт также иногда чувствует себя беспомощным, не знающим, как поступать дальше. Именно при таких обстоятельствах психотерапевт, выступая в роли модели, может показать пациенту, как правильно обращаться с такого рода переживаниями. Негативный эффект бывает, скорее, в тех случаях, когда психотерапевт не говорит прямо о своей растерянности, а проявляет ее косвенно или ведет себя нерешительно. Разумнее конкретно сказать о том, что вызвало вашу растерянность, поскольку это может чему-то научить пациента: "В данный момент я тоже не вижу никакого решения. Нам следует еще раз внимательно рассмотреть проблему и совместно поискать решение. Или же сначала заняться проблемами полегче, а позже вернуться к данной проблеме".

Причина того, что многие пациенты не склонны говорить на щекотливые или запретные темы (секс, мысли о самоубийстве, страх смерти и т.д.) лежит не только в самом пациенте, но часто объясняется поведением психотерапевта, демонстрирующего свое нежелание затрагивать подобную тематику. Удивительно, как легко большинство пациентов могут говорить на эти темы, когда открытая позиция психотерапевта позволяет им делать это.

При целенаправленном использовании научения посредством метода модели различают следующие две фазы:

1. В фазе усвоения пациент наблюдает за поведением другого индивида (член группы, психотерапевт), служащим моделью, или сам осуществляет поведение, служащее моделью, в искусственной ситуации. В соответствии с принципами "когнитивного тренинга" пациент наблюдает или переживает конкретные действия, сопровождающие их эмоции (например, чувство страха) и конкретные последствия поведения (одобрение или критику). Такие упражнения должны повторяться многократно, до тех пор, **пока не будут** преодолены испытывавшиеся первоначально затруднения, а действия выполняться с определенной легкостью и непринужденностью и, главное, испытываться желательные чувства.

2. В фазе реализации пациент пытается, по мере возможности, постепенно во все более усложняющихся ситуациях действовать в реальной действительности так, как он научился. Здесь также важно достаточное количество повторений и поддержка в виде одобрения и признания.

В конкретной ситуации индивидуальной психотерапии ролевые упражнения могут использоваться для подготовки к определенным ситуациям, возникающим в ходе социального взаимодействия. Многие пациенты, стараясь избежать определенных социальных ситуаций, испытывают в них страх и не научаются адекватному поведению в них. В условиях психотерапии, где пациент чувствует себя защищенным, он может сначала описать подобные трудности и особенно реакции страха, вызываемые некоторыми людьми из его окружения. Затем пациент и психотерапевт разыгрывают эти ситуации, причем пациент исполняет свою собственную роль, а психотерапевт — роль соответствующего партнера. Этот метод особенно подходит для разучивания адекватного

поведения в ситуациях общения и для уменьшения страха, возникающего в ситуациях взаимодействия пациента с другими людьми, т. е. для десенсибилизации. Если пациент испытывает большие затруднения, сначала демонстрируется модель поведения им, а затем пациенту предлагается подражать такому поведению. Это способствует преодолению пациентами затруднений, испытываемых ими при исполнении своих ролей.

Вариантом такого приема является обмен ролями, когда психотерапевт исполняет роль пациента, а пациент — роль соответствующего партнера по взаимодействию. Этот прием позволяет пациенту очень четко увидеть свое собственное поведение и особенно наглядно показывает ему, какое действие его поведение оказывает на окружающих его людей. Очень эффективным обмен ролями (психотерапевт — в роли пациента, пациент — в роли психотерапевта) может оказаться и при трудностях во взаимодействии между пациентом и психотерапевтом.

8.4. Методы активизации переживания и выражения эмоций

8.4.1. Основной принцип

Эмоции чаще всего — первая и самая непосредственная реакция человека при его контактах с другими людьми. С помощью чувств мы оцениваем также и свои интрапсихические процессы (мысли и воображение).

Понятно поэтому, что значительная часть нарушений как адаптационных возможностей человека, так и его личности, с которыми мы, психотерапевты, постоянно сталкиваемся, проявляется именно в виде эмоциональных нарушений. Всегда так или иначе затронутой оказывается эмоциональная сфера и при всех проблемах со здоровьем. Несколько упрощая, можно сказать, что положительные эмоции возникают, когда в ходе межличностных контактов удовлетворяются такие основные потребности человека, как потребность в безопасности, автономии, самовыражении и т.д. Отрицательные чувства, напротив, — результат отказа в удовлетворении указанных потребностей. Если подобные отрицательные эмоции повторяются на протяжении длительного времени, человек бывает вынужден защищаться от их восприятия. Соответствующие чувства, а также сопровождающие их мысли частично или полностью оказываются недоступны осознанию. Однако такая "защита" от отрицательных эмоций приостанавливает или замедляет дальнейшее психическое развитие. Поэтому психические нарушения всегда бывают и нарушениями развития.

Еще когда психотерапия делала первые шаги, велся поиск методов, направленных на распутывание "эмоциональных узлов" или способствующих "активизации эмоций". Это особенно отчетливо проявилось на начальных стадиях развития классического психоанализа. Но и во всех других школах психотерапии эмоциональным процессам придается большое значение, причем всегда подчеркивается их значение в процессах проработки* [*Проработка — принятый в психоанализе термин, означающий работу по преодолению сопротивления пациента изменению. — *Прим. переводчика*.] и защиты.

В последние десятилетия представители различных новых школ психотерапии все более и более совершенствовали методы и техники, способствующие эмоциональным переживаниям и выражению эмоций. Особенно большое значение в этом отношении имели работы Вильгельма Райха и его последователей, прежде всего Александра Лоуэна. Эти концепции психотерапии, ставящие в центр внимания мышечное расслабление и блокировку энергии, подробно рассматриваются в следующем разд. (8.5).

Из других психотерапевтических школ следует отметить прежде всего гештальт-терапию Фрица Перлза, в рамках которой были разработаны методы и техника проработки эмоциональных нарушений и устранения блокировок. Дальнейшее развитие они получили позже, когда гештальт-терапевты отошли от абсолютизированной Перлзом центрированности на эмоциях. Хотя мы и понимаем, что гештальт-терапия — это нечто

большее, чем набор отдельных, не связанных друг с другом техник, нам представляется целесообразным "встроить" в концепцию ПО-терапии те из приемов гештальт-терапии, которые оказались наиболее эффективными на практике. Мы вправе это сделать, поскольку ПО-терапия представляет собой интегрированную концепцию, в которой — как и в "современной" гештальт-терапии — человек рассматривается и соответственно подвергается лечению как нечто целостное, как субъект, обладающий телом, душой и духом.

Говоря другими словами, цель ПО-терапии в значительной мере в предоставлении возможности испытать свои чувства больному или работающему над своим ростом человеку. Затем этот человек может использовать их (чувства) для интеграции опыта своей жизни.

Согласно Петцольду, "эмоциональное научение", будучи включенным в психотерапевтический процесс, всегда проходит четыре фазы:

1) начальную (диагноз и анамнез, необходимые для постановки цели);
2) действия (с постановкой цели, вызывающей психический катарсис);
3) интеграции (с постановкой "аналитическо-коммуникативной" цели);
4) новой ориентации (с постановкой цели, изменяющей поведение). Особое значение в рамках этого процесса приобретает постановка цели, вызывающей:

"Катарсис как высвобождение подавлявшихся аффектов, устранение блокировок, объединение разобщенных эмоций с личностью, как устранение полярностей является предпосылкой любой интеграции. Поэтому процессы катарсиса — это нечто большее, чем всего лишь разрядка. Они мобилизуют структуру, размягчают “панцирь” характера, встряхивают изменившие свои очертания гештальты, прерывают устоявшиеся схемы поведения и тем самым создают возможность создания новых гештальтов в ходе терапевтической проработки " (Петцольд. Психотерапия и динамика тела, 1974).

Из приведенной цитаты видно, что катарсические методы (методы, вызывающие катарсис) не являются самоцелью, их смысл не в том, чтобы вызвать взрывообразную разрядку аффектов (как часто неверно интерпретируют гештальт-терапию), а, скорее, в том, чтобы разблокировать застопорившиеся психотерапевтические процессы и обусловливающие развитие структуры.

В результате углубленного эмоционального переживания может быть завершена еще незаконченная ситуация, закрыт еще "открытый гештальт", а какой-либо опыт, ранее уже освоенный в когнитивном плане, приобретет четкие черты.

Дело, таким образом, заключается не только в том, чтобы завершить старое. Не менее важно начать новое. Этот процесс осуществляется с помощью переживания "освобожденных" в ходе психотерапии чувств.

8.4.2. Показания

В рамках ПО-терапии существуют весьма многообразные показания к использованию методов, активизирующих эмоции. На каждой фазе психотерапии такие методы помогают проявиться психическим процессам, углубляют их и в конце концов приводят к интеграции.

Мы настоятельно рекомендуем осуществлять способствующие проявлению эмоций психотерапевтические интервенции не только во время терапевтической фазы как таковой, но и на протяжении диагностической фазы психотерапии. Они помогают пациенту выйти за рамки чисто когнитивного понимания рассматриваемой проблемы,

понять ее во всей совокупности.

Нередко формулировка проблемы становится понятной лишь после того, как она "заполняется" эмоционально окрашенными состояниями. Большое значение психотерапевтические действия, описание которых приводится ниже, имеют также в фазе завершения психотерапии, которой в нашей концепции отводится очень важное место (см. разд. 5.6).

Успешное расставание с психотерапевтом, как и удовлетворительное завершение психотерапевтической работы, часто бывают возможны лишь в результате применения методов, способствующих катарсису.

Когда необходимо бывает завершить "гештальт" ПО-терапии, то такие чувства, как гнев, разочарование, тоска должны найти выход.

Используя приведенную в разд. 7.2 типологию, можно сказать, что методы, активизирующие эмоции, особенно показаны "людям с низкой самооценкой", "людям, испытывающим нехватку энергии и заторможенность", "людям с физическими симптомами", "людям чрезмерно контролирующим себя", "людям, неадекватно выражающим свои чувства". Осторожность при назначении интервенций психотерапевта, способствующих катарсису, необходима в работе с "людьми, испытывающими страх и напряжение", а также с "людьми, недостаточно контролирующими свои импульсы". Обоснование вышесказанного можно найти в том же разд. 7.2.

Принимая решение об использовании того или иного метода активизации переживаний или эмоций, следует руководствоваться следующим общим правилом:

"Мягкие" методы могут, в принципе, использоваться в работе с каждым пациентом почти в любой ситуации. Они относятся к основному психотерапевтическому репертуару ПО-терапевтов.

Вышеприведенное правило не относится, однако, к острым кризисным ситуациям, когда пациент бывает переполнен чувствами (например, страхом), а его способность контролировать реальность бывает ограничена. В таких ситуациях обращение к чувствам или их усиление было бы серьезной ошибкой психотерапевта. Можно предложить следующее основополагающее правило:

Чем большую роль при проработке конфликта играет интеллектуальное или рациональное начало, тем более показаны методы, способствующие активизации эмоций.

Возможность применения рассматриваемых методов зависит и от профессионального опыта психотерапевта. Сказанное особенно важно учитывать при использовании таких "агрессивных" методов, как метод массированной вербальной конфронтации, предназначенной для проявления агрессивных устремлений.

Здесь, как и при применении любой психотерапевтической техники, профессиональная компетенция психотерапевта проявляется в знании им границ своих возможностей (как на данный момент, так и вообще) и в соответствующих этим возможностям действиях. Однако можно надеяться на то, что в большинстве случаев сильное проявление пациентом чувств само по себе ведет к его успокоению. Развитию человека больше вредит, скорее, недостаточное, чем чрезмерное выражение эмоций. Психотерапевт, воспринимающий и выдерживающий в своей работе с пациентом сильные проявления гнева, печали, а также такие сильные эмоции как счастье или радость, служит для пациента моделью. Олицетворяя других значимых для пациента лиц, психотерапевт показывает пациенту, что тот способен "выжить" в этих условиях, и что их отношения не

обязательно должны пострадать в результате проявления эмоций, скорее наоборот, от этого они становятся крепче.

Психотерапевтические отношения — важный фактор воздействия на пациента в любой психотерапии. Самая хитроумная техника оказывается совершенно или частично неэффективной, если она не строится на фундаменте позитивных психотерапевтических отношений.

Применение сложных техник предполагает большое доверие со стороны пациента и его открытость.

Облегчая проявление эмоций и способствуя обретению нового эмоционального опыта, мы часто создаем у пациента веру в силу психотерапевтических отношений. С другой стороны, опыт показывает, что глубокие отношения, сложившиеся в результате применения таких методов, у некоторых пациентов могут вызвать зависимость от психотерапевта, что нежелательно. Поэтому в ПО-терапии особое внимание уделяется факторам, затрудняющим расставание пациента с психотерапевтом.

Заключительные замечание, касающиеся показаний. Психотерапевт, практикующий ПОТ, должен заранее рассказать пациенту, насколько допустимы и желательны такие проявления эмоций, как, например, крики (нарушается покой соседей и т.д.). Следует также иметь в виду, что если эмоции долгое время блокировались, то выражая их человек часто теряет контроль за собой. Возможны также непроизвольные движения тела, что создает опасность травм.

8.4.3. Практическое применение

Описываемые ниже (в виде примеров) психотерапевтические интервенции представляют собой ответы психотерапевта на переживания и импульсы пациента в ходе сессии. Поэтому они не могут заранее планироваться и проводиться в качестве "упражнений". Их использование целесообразно с учетом обстоятельств складывающейся психотерапевтической ситуации, на основании внимательного наблюдения за пациентом "здесь и сейчас".

Предпосылкой применения методов, способствующих выражению эмоций, является открытая позиция психотерапевта в отношении эмоциональных проявлений его пациента. Мы хотели бы порекомендовать будущим ПО-терапевтам не ограничиваться в общении со своими пациентами "профессиональным" тоном. Иногда полезно бывает недвусмысленно показать пациенту, что вы реагируете как обычный человек: "Как, черт побери, Вы можете просить такое у своего начальника и так унижаться!" Рабочая атмосфера в ходе психотерапии не всегда должна быть серьезной. Юмор и смех могут (чаще именно в напряженных ситуациях) отлично снимать напряжение с пациента (а также с психотерапевта).

а) *Приемы мягкого воздействия.*

Мягкие методы воздействия входят в основной арсенал ПО-терапевта.

"Мягкие методы воздействия" —нечто большее, чем пустой привычный вопрос "Как Вы себя чувствуете?" Они, скорее, представляют собой "соль в супе" психотерапевтической беседы. Ведь именно эмоции, сопровождающие словесное высказывание, делают его законченным и эффективным.

Вербализация эмоциональных переживаний. Эту технику Карл Роджерс сделал главной в своей "ориентированной на клиента психотерапии". Здесь психотерапевт берет из высказывания клиента его эмоциональное содержание и воспроизводит его

собственными словами так, как он его понял. Эту форму воздействия не следует путать с отражением по принципу эхо. Точно также в ней нет места стереотипам или лишенной рефлексии рутине. Вербализация эмоционального содержания высказывания представляет собой, скорее, технику ведения разговора, с помощью которой психотерапевт постоянно обращает внимание клиента на его, клиента, чувства. Такая техника особенно показана при бедной чувствами рационализации или неопределенности чувств пациента, так как позволяет фокусировать внимание на наиболее важных эмоциях.

Пациент: "Да... никогда не бывает у меня желания попытаться что-нибудь сделать. Я имею в виду, когда я иду на работу или... то я, значит, чувствую, что я не справлюсь. Это ужасно, но...".

Психотерапевт: "Вам кажется, что вы уже потерпели неудачу еще до того, как Вы беретесь за дело. И это часто парализует Вас".

Часто достаточно бывает совсем простой фразы, чтобы "извлечь" чувства, лежащие неглубоко под "поверхностью" сознания:

"Что Вы при этом чувствуете?"

"Как Вы себя чувствуете, когда...?"

"Что Вы чувствуете в этой ситуации?"

"Что Вы ощущаете сейчас?"

Иногда полезны открытые выражения позволения. В силу негативного опыта многие пациенты вообще не разрешают себе выражать чувства. Нередко существуют опасения, что психотерапевт не сможет выдержать такие чувства (например, из-за "переноса"). Открытое позволение или поощрение в таких случаях служит для пациентов определенной моделью:

"Вы имеете право испытывать печаль!"

"Ваша злость действительно оправдана".

"В этой ситуации большинство людей наверняка испытывали бы сомнения".

"Этим Вы действительно вправе гордиться!"

"Не сдерживайте же свои слезы!"

Часто чувства еще до того, как им удается дать когнитивную интерпретацию, проявляются в виде телесных реакций. В таких случаях полезно бывает **открыто спросить** о том, что происходит с пациентом и предложить ему **когнитивную интерпретацию**.

"Сейчас я вижу, что Ваше лицо напряглось. Это, по-видимому, соответствует Вашему теперешнему эмоциональному состоянию?"

"Я вижу, что Вы сейчас сжимаете руку в кулак. Что Вы чувствуете в этот момент, может быть гнев?"

"Глядя сейчас на Вас я могу понять, какую сильную печаль Вы испытываете".

"Капли пота на Вашем лице могут быть вызваны чувством страха. Что Вы чувствуете в данный момент?"

"Я вижу, что Ваши ноги непрестанно находятся в движении. Постарайтесь почувствовать, что они хотят сказать Вам ".

"Вы рассказываете мне, что злитесь на своего брата и при этом Вы улыбаетесь".

Подобным же образом психотерапевт уточняет или усиливает заторможенные или неясные чувства ("**текущая идентификация**"):

"На Вашем месте я бы испытывал сильную печаль".

"Будь я на Вашем месте, меня такой ответ сильно бы разозлил".

“Меня очень смущает то, что я сейчас слышу”.

Для усиления восприятия пациентами проявлений своих чувств, хорошо подходят также упражнения на расслабление и восприятие своего тела. О том, какие из них и при каких обстоятельствах могут применяться в ПОТ, подробно говорится в следующем разд. (8.5).

б) *Приемы конфронтации.* Наряду с рассмотренными выше методами,

называемыми "мягкими", в гештальт-терапии разработаны некоторые очень эффективные приемы, которые могут довольно быстро усилить эмоции и соответственно вызвать их проявления. Само собой разумеется, что применять следует лишь такие методы, которые Вы достаточно освоили и опробовали на себе.

Методы конфронтации побуждают пациента более четко и "экспрессивно" выражать свои чувства. Применять их следует в тех случаях, когда (1) психотерапевтический процесс застопорился; (2) пациент упорно уходит в защиту, что проявляется прежде всего в рационализации и в чрезмерно "интеллектуальном" стиле общения; (3) существует опасность того, что соматические симптомы или так называемые "функциональные нарушения" наносят организму пациента серьезный ущерб.

Прием, называемый "**преувеличением**", заключается в том, что пациенту предлагается постепенно, но последовательно усиливать выражение своих эмоций до тех пор, пока блокированные чувства не получат полного выражения. Такое "преувеличение" должно, однако, применяться осторожно, поскольку в результате происходящего в психотерапевтической ситуации снижения уровня самоконтроля пациента возможно возникновение страха.

П р и м е р (по Раму): Пациент робко обращается к психотерапевту: "Я не позволю ему больше так обращаться со мной".

Психотерапевт: "Скажите это еще раз и немного громче".

Пациент: "В будущем я не позволю ему так обращаться со мной".

Психотерапевт: "Еще громче!"

Пациент: "Я буду действовать так, как хочу, черт побери!"

Психотерапевт: "Что бы Вы сказали своему отцу, если бы он был сейчас здесь?"

Пациент (ударяет рукой по бедру): "Я хочу, чтобы ты наконец понял, что это мое дело, и что решение я должен принять совершенно самостоятельно!"

Другой прием называется "**выдержка**". Здесь пациенту предлагается не игнорировать какое-нибудь, якобы, мимолетное смутное чувство, а задержаться на нем. Согласно теории гештальта чувство, на котором осуществляется фокусировка, становится четкой фигурой (доступной восприятию) и такая фигура вместе с ассоциирующимся с ней фоном (им может быть, например, какая-нибудь травматизирующая сцена из истории жизни) делается доступной переживанию. На языке гештальт-терапии это называется "завершением гештальта". Гештальт можно считать "завершенным" или проблему "проработанной" (оба выражения означают одно и то же), когда находящийся на переднем плане симптом оказывается связан с соответствующим фоном истории жизни. (Это не обязательно должен быть эпизод, относящийся к раннему детству.) Или, говоря другими словами: "Первоначально казавшийся странным и непонятным симптом неожиданно обретает "смысл". Как известно, фигура и фон могут "меняться местами". Когда неизвестный прежде фон — какая-то важная ситуация из истории жизни пациента — выходит на первый план, то он — этот фон — может быть подвергнут психотерапевтической проработке. Находившаяся до сих пор на переднем плане фигура — "симптом" — теперь оказывается на заднем плане и в ходе процесса психотерапии все больше и больше теряет свои очертания и значение. Пациент же в результате такой работы делает еще один шаг в осознании своей ситуации.

П р и м е р (согласно Раму в модификации авторов):

Пациент: "Ладно, поговорим о чем-нибудь другом..."

Психотерапевт: "У меня создается впечатление, что Вы сейчас хотели бы обойти нечто важное. Я только что видел на Вашем лице выражение печали. Может быть Вы еще раз попытаетесь дать волю этому чувству...".

Пациент (уже со слезами на глазах вновь меняет тему).

Психотерапевт (настойчиво): "Постарайтесь же обратиться к своей печали.

Постарайтесь какое-то время испытывать это чувство".

Пациент (изо всех сил старается сдержать плач).

Психотерапевт: "Что происходит сейчас в Вами?"

Какой-либо "гештальт" (например, воспоминание о каком-то эпизоде жизни) оказывается "завершенным" тогда, когда становится возможным вновь пережить его с прежней интенсивностью и силой чувств. Незавершенное будет активизировать психическую энергию до тех пор, пока не произойдет "завершение гештальта". (В психоанализе говорят о навязчивых повторениях и о "завершении дела"). Для этого часто оказывается недостаточно одной-единственной проработки. К проблемам почти всегда приходится обращаться многократно, используя различные средства до тех пор, пока их во всем их многообразии можно будет считать закрытыми или решенными.

Переживание прошлого и будущего в настоящем. В гештальт-терапии работа ведется в первую очередь с теперешней ситуацией пациента. То же самое можно сказать о проблемно-ориентированной краткосрочной психотерапии. Представления о будущем или прошлый опыт играют психотерапевтическую роль лишь постольку, поскольку имеют значение для переживаний, происходящих именно в настоящее время. Это принятое в психотерапии положение часто становится причиной недоразумений. Речь здесь идет не об отрицании или преуменьшении роли прошлого и будущего в жизни человека. Напротив: наше настоящее бытие всегда бывает ограничено прошлым и будущим. Но с психотерапевтической точки зрения выход за рамки настоящего может считаться оправданным лишь тогда, когда прошлое или будущее могут эмоционально переживаться сейчас. И мы считаем, что если разговоры о тех или иных событиях детства не вызывают эмоциональной реакции, то ценность таких разговоров невелика.

Техника переноса прошлого или будущего в настоящее заключается в том, что пациент настолько погружается в предлагаемую ему ситуацию, что переживает ее так, как если бы она имела место в настоящее время. Психотерапевт предлагает пациенту говорить о том, что тот вспоминает, в настоящем времени. Могут применяться также методы ролевой игры. Пациенту предлагается принять участие в диалоге. Подобным же образом мы поступаем со снами, о которых пациенты постоянно сообщают в прошедшем времени. Использование настоящего времени делает сообщение более эмоциональным.

П р и м е р. Пациент: "Я очень хорошо помню, что всегда, когда я приводил детей к себе домой, моя мать сердилась. Тогда я испытывал неприятные чувства, может быть даже стыдился..."

Психотерапевт: "Опишите один из таких эпизодов в деталях. Что с Вами тогда происходило? И говорите об этом в настоящем времени".

Психотерапевт: "Представьте, что Ваша мать сидит сейчас на этом стуле напротив Вас, как тогда. Обратитесь к ней! Скажите ей, что сейчас означает для Вас ее недружелюбное отношение к Вашим друзьям".

С помощью **идентификации** можно быстро и эффективно усилить чувства. Мы просим пациента отождествить себя с каким-либо чувством или с одним из его аспектов и затем описать себя в этом состоянии идентификации. При этом следует использовать настоящее время и говорить от первого лица. Эта техника тесно связана с методами воображения. Нередко идентификация ведет к сильным переживаниями тех или иных образов. Теоретическая основа такого рода приемов состоит в том, что человек **проецирует часть собственного опыта и восприятия** как бы во вне себя, в результате видит проецируемое уже не принадлежащим более себе. Чаще всего такое происходит в ситуациях, таящих опасность для существования, и представляет собой защиту от их разрушительного для психики восприятия. С помощью идентификации мы как бы вновь включаем в себя эти спроецированные во внешний мир аспекты нашей жизни. Здесь следует отметить, что одного-единственного повторения идентификации, какими бы

впечатляющими или эффективными ни были ее результаты, недостаточно. К проработке психических проблем приходится возвращаться снова и снова в различных ситуациях и с использованием различных методов и приемов.

П р и м е р. Пациент: "Иногда я представляю себе большой, мощный вулкан, которого все боятся".

Психотерапевт: "Представьте себя сейчас этим вулканом. "Я — большой и мощный вулкан, который..."

Пациент: "... Таит в себе большую силу. Все его боятся и никто не отваживается приблизиться к нему".

Психотерапевт: "Каково быть таким сильным и опасным вулканом?"

Пациент: "Хорошо. Это дает мне чувство безопасности. Со мной не может произойти ничего плохого".

Психотерапевт: "Правда?"

Пациент: "Но может быть существует какая-то опасность для меня самого?"

Эмоциональные переживания, которые могут быть вызваны с помощью описанных в данной главе методов и техник, требуют времени для осуществления физической, эмоциональной и когнитивной интеграции. После испытанных эмоций необходимы успокоение и когнитивная проработка выявленной связи. Это происходит в следующей фазе — фазе интеграции. Здесь мы вместе с пациентом еще раз возвращаемся к пережитому, устанавливаем его связь с другими, уже проработанными аспектами, и исследуем его значение в рамках рассматриваемой проблемы.

Невозможно переоценить важность этой заключительной и структурирующей фазы.

8.5. Методы релаксации и улучшения восприятия своего тела

8.5.1. Основной принцип

Изучение стресса выявило различия между дистрессом и эустрессом. Эустресс — приятная форма психического напряжения и, как правило, не вызывает проблем. Дистресс — негативное проявление стресса — известен каждому. Противоположное ему состояние называется расслаблением или релаксацией. Сохраняющееся длительное время напряжение может вести к психофизическим нарушениям. Психофизическое напряжение вызывается страхом; расслабление ведет к уменьшению страха. Состояние расслабления субъективно воспринимается большинством людей как приятное. В психотерапии известно терапевтическое воздействие расслабления. Неспецифическое воздействие расслабления и восприятия пациентом своего тела не только используется в ПО-терапии, но и обращается внимание на следующие важные моменты.

Прежде всего в рамках анализа проблемы необходимо выявить стрессоры. Выявлению стрессоров в ПО-терапии придается большое значение, хотя выявить стрессоры иногда бывает трудно. Например, пациент чувствует, что подвергается сильному стрессу, но не может сказать, почему он так нервничает. Или же мы можем хорошо знать стрессор, но ничего не можем поделать, так как этот стрессор находится вне пределов досягаемости пациента. Такое бывает, например, в силу так называемых обстоятельств, изменить которые пациент сразу не может.

Можно различить три варианта стресса:

1. стресс как причина проблемы,
2. следствие какой-либо проблемы,
3. как ставший самостоятельным феномен, обособившийся от первоначальных стрессоров.

Предпочтение в ПО-терапии отдается прагматическому образу действий, успешно способствующему хорошей, быстрой адаптации. Задача в данном случае заключается в том, чтобы приспособиться к жизни в условиях стресса, а не в том, чтобы что-то понять или изменить. Такой подход может вызвать упреки в том, что мы занимаемся устранением симптомов и проповедуем идеологию приспособления. Однако критикующие забывают, что человек, адаптировавшийся к стрессу, иначе этот стресс оценивает, и в результате воздействие на него стресса может резко уменьшиться. Это, в свою очередь, может оказать благоприятное влияние на другие сферы жизни этого человека. Из прагматических соображений, которыми мы руководствуемся в ПО-терапии, сначала прорабатываются простые вопросы, и лишь затем, если есть необходимость, — более сложные. Часто психотерапия, как таковая, становится возможной лишь после завершения вводной ее фазы, направленной на снятие у пациента напряжения. При этом между пациентом и психотерапевтом складываются отношения доверия. На таком фундаменте можно строить психотерапевтическую работу, заняться постановкой цели.

Интегративный характер мышления в ПО-терапии ведет к включению в психотерапию работы с телом. Однако мы не приводим здесь какие-либо техники телесно-ориентированной психотерапии, поскольку в основе последней лежит иная форма отношений. Мы сознательно ограничиваемся здесь рассмотрением только некоторых техник расслабления и улучшения восприятия пациентом своего тела, легко доступных изучению и относящихся к числу "мягких" средств психотерапии.

8.5.2. Показания

Пациент может сам выразить потребность в расслаблении, предлагая использовать тот или иной метод, о котором он слышал или читал. Часто такие желания бывают связаны с нереалистическими представлениями о магической целительной силе этих методов. К подобным представлениям часто добавляется надежда на то, что можно исцелиться, оставаясь бездеятельным.

Мотивы и ожидания пациента, касающиеся техники релаксации, следует обсудить с ним. Отвергать просто так их нельзя. Стремление пациента к "расслаблению" содержит также информацию о том, как он понимает болезнь. Необходимо добиться соответствия между представлениями пациента и психотерапевта по данному вопросу. Затем пациент и психотерапевт приходят к соглашению относительно того или иного метода расслабления. Психотерапевт, рассматривая показания, может исходить из того, что основное внимание предстоит уделить расслаблению, а также улучшению восприятия пациентом своего тела. Методы расслабления могут применяться таким образом, что осознание пациентом своего тела приобретает важное значение. Методы расслабления и улучшения восприятия пациентом своего тела хорошо подходят для работы с пациентами, у которых нарушено восприятие тела или которые не осознают свою телесность. Здесь психотерапевт может использовать целительную силу внушения — в основе любого метода расслабления лежит внушение. Как самовнушение, так и гетерогенное внушение требуют от пациента способности концентрироваться, а также способности непродолжительное время оставаться относительно пассивным. Если же внимание пациента чрезмерно привлекает его болезнь и ему присуще ипохондрическое отношение к себе, то расслабление, основывающееся на самовнушении, противопоказано. Далее необходимо, чтобы пациенты хотя бы в минимальной степени умели отключаться. Это означает, что пациент должен быть способным хотя бы короткое время держать глаза закрытыми, расслабленно лежать или сидеть, не испытывая при этом страха, мешающего проведению упражнения на расслабление.

При выборе техники следует руководствоваться в первую очередь психологическими особенностями пациента. Важное значение имеет способность к

самостоятельному (не обязательно с помощью аутогенной тренировки) расслаблению. Как правило, пациенты могут рассказать, способны они или не способны расслабляться. Если при этом выясняется, что попытки расслабиться вызывают страх, беспокойство, а концентрация не получается, то следует выбрать такой метод, который дает пациенту чувство "активности", "контроля". Начав с такого метода, позже переходят к техникам, позволяющим добиваться более глубокого расслабления.

Методы расслабления показаны при следующих синдромах:

♦ состояние физического или психического напряжения, "судорожность" в самом широком смысле этого слова;

♦ нарушения сна;

♦ навязчивые состояния;

♦ недостаточное самообладание;

♦ функциональные и психосоматические расстройства;

♦ соматические болезни, боли;

Противопоказания:

♦ психозы;

♦ олигофрения;

♦ случаи, при которых стратегия психотерапевта предполагает "скрытую" работу.

8.5.3. Практическое применение

В краткосрочной психотерапии находят применение три метода расслабления.

Метод Джекобсона. Это эффективная техника, в основе которой лежат определенные физиологические закономерности. Сущность метода — в формировании способности у занимающегося воспринимать различия в ощущениях, поступающих от напряженных и расслабленных частей тела. Метод Джекобсона показан тем пациентам, которые не могут войти в пассивное состояние расслабления с закрытыми глазами, и демонстрируют высокую степень общей напряженности. Джекобсон дает следующие рекомендации по осуществлению своего метода на практике.

Расслабление проводится в положении сидя или лежа с открытыми или закрытыми глазами.

1-й шаг. Пациент поднимает правую руку и сжимает ее в кулак. Он напрягает руку так сильно, как только может, а затем предоставляет руке возможность расслабленно упасть, после чего следует пауза отдыха продолжительностью от 30 с до 1 мин. То же самое — обеими руками.

2-й шаг. Сгибая ногу в голеностопном суставе пациент вызывает ее напряжение и выдерживает несколько секунд в этом положении до легкого утомления, а затем расслабляет ногу, после чего следует короткая пауза отдыха. То же самое выполняется обеими ногами, а пауза отдыха удлиняется.

3-й шаг. Пациент напрягает руки и ноги, как было описано выше, а затем напрягает также живот и грудную клетку. Он остается в этом положении до легкого утомления, а затем расслабляется и "оседает" в кресле или на коврике под тяжестью своего тела. Затем следует довольно продолжительная пауза, в ходе которой психотерапевт может осуществлять внушение, направленное на усиление чувства покоя.

4-й шаг. Последовательно проводятся шаги 1 и 3 без паузы отдыха между ними, но с расслаблением после напряжения соответствующих частей тела. За этим следует напряжение шеи и лица, после чего дается отдых продолжительностью от 1 до 10 или более минут. В это время психотерапевт может внушать отдых.

Расслабление с помощью активного дыхания. Речь идет о технике активного, глубокого дыхания с одновременным использованием самовнушения посредством "внутренних формулировок", вызывающих расслабление. Этот метод показан пациентам, не переносящим пассивное расслабление, но способным находиться в лежачей позе и не

испытывать при этом страха. Кроме того, этот метод позволяет пациентам, используя "поток дыхания", "прислушиваться" к своему телу, чувствовать его. Эффект метода может быть усилен с помощью формулы самовнушения "с каждым выдохом я становлюсь более спокойным и расслабленным". Метод противопоказан пациентам, предрасположенным к гипервентиляции.

Техника. Пациенту, находящемуся в положении лежа, предлагается дышать животом. Здесь необходим определенный навык. Пациент может представить себе, что его живот функционирует наподобие кузнечных мехов: при вдохе он поднимается, при выдохе сжимается. Пациент представляет, что поток воздуха через открытый рот поступает в нижнюю часть живота, а затем возвращается обратно. Дыхание должно быть активным и сильным. Звук, образующийся при выдохе, должен быть достаточно громким. Можно предложить пациенту сопровождать выдох громким звуком "А". Кроме того, стоит посоветовать пациенту внушать себе, что с каждым выдохом он становится все более и более расслабленным. Продолжительность: 5-15 мин.

Аутогенная тренировка. Психотерапевту следует основательно освоить аутогенную тренировку, элементы которой могут использоваться в рамках краткосрочной психотерапии. Нет необходимости применять всю серию аутогенных упражнений в работе с каждым пациентом, достаточно использовать те или иные элементы. Метод показан тем пациентам, которые добиваясь в результате расслабления, могут оставаться без какого-либо движения в положениях сидя или лежа, не испытывая при этом страха. После разучивания упражнений, дающих ощущения тяжести, могут включаться психотерапевтические формулы.

Методы улучшения восприятия пациентом своего тела. Все методы расслабления одновременно способствуют восприятию пациентом своего тела. Но не все техники восприятия тела одновременно способствуют расслаблению. Методы улучшения восприятия тела направлены на то, чтобы пациент научился чувствовать свое тело или отдельные его части, а также видеть взаимосвязь между чувствами, мыслями и физическими ощущениями. Показаны они соответственно лицам недостаточно хорошо ощущающим свое тело. У таких людей восприятие своего тела часто бывает функциональным, они не видят его связи с чувствами, мыслями и представлениями. Они не видят взаимозависимости между телом и психикой и часто воспринимают свое тело лишь негативно, как источник боли например, или импульсов, оцениваемых ими как опасные. Сюда относятся лица с психосоматическими или функциональными нарушениями, а также те, кто в силу неспособности распознавать свои собственные чувства и потребности, почти лишены контактов со своим телом.

Методы. Туловище: пациент кладет свою ладонь на соответствующую часть тела (например, на живот), расслабляется и осуществляя один из описанных выше методов активного дыхания, "посылает дыхание к желудку". Одновременно он описывает ощущения, испытываемые им в животе. Возможно также описание визуальных представлений, относящихся к животу.

Конечности: при вдохе, осуществляемом в соответствии с требованиями техники дыхания, пациент слегка напрягает одну из конечностей или обе. На выдохе происходит расслабление. Описываются ощущения и визуальные представления.

В последнее время появились многочисленные техники расслабления. Их распространение объясняется их субъективно ощущаемой эффективностью. Объективное сравнение эффективности их воздействия, как показывают проведенные исследования, приводит к выводу, что нельзя говорить об явном превосходстве тех или иных техник. Эффективность использования одних лишь техник расслабления без применения других психотерапевтических приемов представляется сомнительной.

8.6. Методы поддержки

8.6.1. Основной принцип

Каждая психотерапия содержит элементы поддержки. Психотерапевт ободряет, поддерживает пациента, вселяет в него надежду и т.д. Вместе с тем все еще распространено мнение, что методы поддержки, поддерживающая психотерапия и люди, нуждающиеся в таких методах, неполноценны. При этом упускается из виду то, что методы поддержки относятся к числу наиболее древних элементов целительства.

Поддержка пациента — главный принцип профессии психотерапевта.

Существующее неправильное представление о методах поддержки частично объясняется ошибочным мнением, согласно которому только оперативные, "вскрывающие" методы могут вести к "настоящим изменениям". Это ложное представление. Методы поддержки могут принести пользу и человеку, хорошо владеющему интроспекцией.

Важным элементом методов поддержки является сочувствие. Методы поддержки, увеличивая адаптационные возможности пациента, улучшают восприятие им проблемной ситуации и усиливают когнитивные процессы, направленные на поиск путей ее решения. Это, в свою очередь, стимулирует позитивное отношение окружения. При применении методов поддержки используется также "принцип надежды". Надежда сама по себе — один из самых важных факторов исцеления.

Воздействие поддержки не следует недооценивать. Ее эффективность зависит прежде всего от правильной дозировки. Не следует расходовать весь имеющийся запас за один раз. Больше пользы приносят умеренность и постоянство. Стремясь поддержать пациента психотерапевт может сказать, например: "Снова все будет хорошо", в то время как более уместным было бы сказать: "Ситуация тяжелая, но мы вместе будем искать решение". Дешевое утешение — не поддержка, всерьез оно не воспринимается.

8.6.2. Показания

Методы поддержки могут применяться в работе с пациентами, которые:

♦ на протяжении всей психотерапии или отдельных ее фаз активно работают над своей проблемой, так что психотерапевт играет лишь роль проводника, поддерживающего пациента и одобряющего его;

♦ недостаточно энергичны и активны, не особенно надеются на успех. Таких пациентов психотерапевт должен заряжать энергией, пусть даже на ограниченный период времени;

♦ не обладают способностями, чтобы разобраться в своих проблемах, нуждаются в поддержке психотерапевта. В данном случае поддержка осуществляется с помощью методов, направленных на изменение привычек мышления и установок;

♦ не могут в одиночестве выдержать груз своих проблем.

Такому пациенту необходим психотерапевт, чтобы пронести его ношу. Здесь формой поддержки будет эмпатия.

Противопоказаны методы поддержки в тех случаях, когда пациенты

♦ стараются очаровать психотерапевта, завоевать его расположение, чтобы затем не проявлять никакой инициативы, полностью полагаясь на активность психотерапевта;

♦ длительное время руководствуются убеждением "Я ничего не знаю и ничего не могу". Они не развили в себе самостоятельность и с самого начала склонны всю ответственность возлагать на психотерапевта.

8.6.3. Практическое применение

Подкрепление. Применение подкрепления возможно в том случае, когда между пациентом и психотерапевтом установились продуктивные рабочие отношения (см. разд. 4.1), и пациент проявляет достаточную активность. Тогда психотерапевт может ограничиться поддержкой нормально протекающего процесса психотерапии, ободряя и поддерживая пациента. Такого рода подкрепление не должно порождать у пациента склонность к инфантилизму. Оно служит признанием пациента равноправным "участником" психотерапевтического союза: "Меня поражает, как Вам удается развивать в себе эту новую черту". "Здесь мне нечего добавить, Вы уже вполне хорошо решаете эту проблему". "Так и продолжайте".

Одобрение. Одобрение содержит в себе сильный элемент внушения и порождает надежду на улучшение. Интервенции, содержащие одобрение, адресованы лишенным энергии, охваченным унынием пациентам. Использование этого широко распространенного и традиционно считающегося "полезным" подхода таит в себе серьезную опасность. Он не имеет ничего общего с незаслуженными постоянными похвалами, слащавостью, похлопыванием пациента по плечу. Пациенты с повышенной чувствительностью воспримут такие интервенции как чрезмерное давление на них, пациенты со склонностью к истерии — как попытку соблазнить, пациенты, страдающие навязчивыми состояниями — как унижающие их, пациенты с депрессией — как незаслуженные, пациенты, страдающие фобиями или подверженные зависимостям, — как "добро" на дальнейшее уклонение от решения проблемы. Слишком частое применение рассматриваемых методов может привести к еще большему "перекосу", обычно существующему в отношениях психотерапевта с такими пациентами. Вот почему рекомендуется использовать методы одобрения в строго определенных фазах, а продолжительность их применения ограничивать.

Структурирование. Многие пациенты, отнюдь не страдающие психозами, могут заблуждаться, оценивая себя и условия своей жизни, причем не только в кризисных состояниях. Такой пациент неспособен разобраться в своей ситуации, оценивает ее односторонне и все больше и больше заблуждается. Здесь психотерапевт может выступить в роли "Второго Я", разъясняющего происходящее. Его взгляды могут отличаться от представлений пациента, но излагать их следует так, чтобы не породить в пациенте неуверенность.

"Я вижу ситуацию немного не так, как Вы". Мне она не представляется столь безнадежной. Я думаю, что мы с Вами могли бы рассмотреть следующие возможности..."

Деловая информация. Такая информация может успокоить пациента и уменьшить испытываемый им страх. Главная цель ПО-терапии состоит не в том, чтобы информировать пациентов, а тем более давать им советы. Однако такая деятельность на той или иной стадии психотерапии может способствовать достижению цели. Методы изменения шаблонов мышления или поведения (см. разд. 8.2. и 8.3) хорошо сочетаются с рассмотренной в предыдущем разд. поддержкой в виде структурирования.

Быть рядом с пациентом. Многие пациенты чувствуют себя одинокими, непонятыми и несносными. Психотерапевт может показать этим людям, что он готов установить с ними отношения согласия, быть рядом с ними и поддерживать их. Даже в тех случаях, когда поведение пациента вызывает у психотерапевта возражения (выражать которые нежелательно, — это может помешать достижению цели психотерапии), психотерапевт все же может проявить свое отношение к такому поведению пациента и к этой стороне его личности.

"Я чувствую, что хорошо понимаю Вас. Поэтому хорошо представляю Вашу ситуацию. Я чувствую, что она касается меня самым непосредственным образом, и что я смогу проявить здесь участие..."

Дозированный телесный контакт с пациентом может оказаться эффективным невербальным средством поддержки.

Какие ошибки со стороны психотерапевта возможны при оказании им поддержки?

Часто поддержка отождествляется с похлопыванием пациента по плечу, с адресованными ему советами и утешениями. И хотя у психотерапевта могут быть самые добрые намерения, эффект высказываний такого рода как "Не так уж это плохо, все уладится", может быть неоднозначным.

Если в понимании психотерапевта утешать означает успокаивать пациента, снижать значение испытываемых им чувств и преуменьшать сложность ситуации, в которой он находится, то пациент почувствует, что его не понимают. Советы, похлопывание по плечу предполагают неравенство отношений, при котором одна из сторон выступает всезнающей и умелой, а вторая — невежественной и беспомощной.

9. ПРИМЕРЫ

9.1. Пациент в депрессии

Пациент, которому тогда было 68 лет, обратился ко мне через несколько месяцев после смерти своей жены. Хотя жена болела уже довольно продолжительное время, ее смерть в возрасте 62 лет от апоплексического удара явилась для пациента неожиданностью. Я консультировала жену пациента на протяжении продолжительного времени до достижения ею 58 лет по поводу депрессии, которой она периодически страдала. В тот период я время от времени встречалась с ее мужем, и он показался мне человеком энергичным, уравновешенным, жизнерадостным и общительным. Будучи, можно сказать, семейным терапевтом для этих людей, я контактировала с пациентом после смерти его жены посредством переписки и изредка телефонных разговоров. В первые недели после печального события он демонстрировал адекватную реакцию печали, хотя его жалобы на ошибки врачей, якобы допущенные при лечении его жены, казались мне не вполне обоснованными.

Благодаря многолетним контактам с этой семьей (однажды за консультацией в связи с кризисом подросткового возраста ко мне обращалась и их младшая дочь) у меня с самого начала установились прочные терапевтические отношения с пациентом. Так что уже на первой сессии мне удалось приступить к анализу проблемы. Через несколько недель после смерти жены пациент сам обратил внимание на то, что он изолировал себя от внешнего мира, прекратив все свои дела, какими занимался прежде. Теперь он все время проводил в своей квартире, которую покидал лишь для того, чтобы купить самое необходимое. Большей частью он неподвижно сидел, погруженный в воспоминания о прошлом. Чаще всего он рисовал в своем воображении события последних недель перед смертью жены. Его преследовала мысль, что жену можно было бы спасти, если бы отношение врачей к нейрохирургическому вмешательству не было столь скептическим.

Все, что на протяжении последних лет их совместной жизни радовало его, казалось теперь безвозвратно потерянным, жизнь потеряла для него всякий смысл. Лидером в супружеской паре все считали его, теперь же ему казалось, что без поддержки жены ему не справиться с повседневными делами. И это несмотря на то, что в последние годы, когда его жена заболела, и у него после выхода на пенсию появилось больше свободного времени, он активно занимался всеми делами по домашнему хозяйству. Теперь ему казалось, однако, что это жена придавала смысл его жизни, что она была надежным, общительным, всеми любимым человеком, и по этой причине их обоих часто посещали друзья. Пациент чувствовал, что его теперешнее состояние напоминает те депрессивные состояния, которые прежде испытывала его жена. Он понимал, что подобными самообвинениями снижает самооценку, но не мог избавиться от них. Особенно огорчала пациента неожиданно происшедшая ссора с младшей дочерью. Его отношения со старшей

дочерью никогда не были особенно хорошими, и смерть матери ничего не изменила в этом отношении. К тому же она жила в другой части страны, что также не благоприятствовало установлению более тесных отношений. Но младшая дочь с давних пор явно была его любимицей. Ее сильная привязанность к нему продолжалась вплоть до ее поступления в институт. Определенное отчуждение между ними произошло после того, как дочь вышла замуж, и пациент обнаружил, что зять относится к нему довольно прохладно, даже отрицательно. После смерти матери дочь и зять высказали пожелание получить свою долю наследства, чтобы купить свой собственный дом. Но в брачном контракте между матерью и отцом указывалось, что после смерти одного из супругов, другой получает право на владение всем имуществом, в том числе и маленьким домиком в Тоскане, который они очень любили. Именно это и вызвало неудовольствие дочери, которая надеялась, что сможет проводить там со своей семьей много времени. Но пациента расстроили не столько материальные претензии дочери, сколько ее резкий тон и отстраненная позиция.

В ответ на вопрос, почему он сам отказывается от контактов со своей весьма уже пожилой (на 10 лет его старше) сестрой, отношения с которой прежде у него были теплыми, пациент неожиданно принялся упрекать ее. Он всегда чувствовал, что сестра стремится занять доминирующее положение в их отношениях. После смерти их матери, которая умерла молодой, сестра выполняла, так сказать, материнские функции. Он всегда завидовал своей сестре, ее уверенности в себе, а позже ее успехам в коммерческой деятельности.

На первых трех сессиях было собрано много информации, касающейся субъективного восприятия проблемы пациентом, что позволило перейти к анализу проблемы. В его высказываниях наряду с печалью, вызванной потерей жены, большое место занимали также жалобы на родственников, прежде всего на младшую дочь и старшую сестру. Все они были в той или иной степени виноваты в том, что жизнь его сложилась неудачно, а теперь, после смерти жены, потеряла смысл. Кроме того он осуждал себя за повышенную восприимчивость к болезням.

Совместно осуществленный **анализ проблемы** содержал следующие положения.

О **теперешнем состоянии** пациента в анализе проблемы было сказано, что он находится в депрессивном состоянии, которое с учетом таких показателей как нарушение сна и аппетита, можно было охарактеризовать как депрессивный синдром. Психотерапевт объяснил пациенту, что этот биологический компонент депрессии обусловлен "нарушениями обмена веществ в мозгу". Он указал, что исправить ситуацию можно с помощью приема медикаментов -антидепрессантов. Причиной его теперешнего состояния явилась реакция печали, которая все больше приобретала черты патологической, выражаясь в самоупреках и низкой самооценке. **История жизни** пациента способствовала формированию у него неприязненного отношения к женщинам. Он полагал также, что его старшая сестра им помыкала. Позиция младшей дочери оживила в нем чувство соперничества, существовавшее в отношениях с сестрой.

Функциональное значение его затянувшейся печали заключалось в том, что он надеялся на более заботливое отношение к себе со стороны младшей дочери, продиктованное чувством вины (на старшую дочь он не надеялся). Но надежды пациента не сбывались, и его депрессивное состояние все более усиливалось.

На четвертой психотерапевтической сессии мы попытались перейти от понимания нами проблемы к ее **определению**, сделанному в таких словах, какие позволили бы пациенту принять это определение как свое собственное. "Смерть моей жены лишила меня важной роли, которая прежде двала мне возможность относиться к себе с уважением. Я надеялся на поддержку младшей дочери, но она отказала мне в этом и даже предъявила определенные требования, что причинило мне боль. Я в очередной раз в своей жизни почувствовал несправедливое отношение к себе. Такое уже было в моих отношениях со старшей сестрой, а перед этим с матерью".

Затем последовала **психотерапевтическая постановка цели**: "В своих воспоминаниях о своей умершей жене я должен смотреть на прошлое более реалистично. Это облегчит мне обретение независимости от нее. Я должен освободиться от мыслей о разочарованиях и болезнях. Мне следует самостоятельно предпринять нечто такое, что позволило бы мне поверить в свои способности".

Я разработала **план психотерапии**, который предусматривал на первом этапе последовательно осуществляемую работу с печалью* [*Работа печали (Trauerarbeit) — термин, введенный З. Фрейдом. Страдающий от потери (близкого человека и т.п.) пациент в ходе "работы печали" постепенно свыкается с новой жизненной ситуацией. — *Прим. переводчика.*], что должно было создать у пациента реалистическую картину его отношений с женой, которые временами были весьма неоднозначными. Следовало также проверить гипотезу, согласно которой усиливавшееся вдруг озлобление в отношении матери и сестры было вызвано, в соответствии с психодинамической трактовкой, сдвигом разочарования и злости на жену, после смерти которой он почувствовал себя брошенным на произвол судьбы. Пациент, однако, не выразил согласия провести работу, касающуюся соперничества между братом и сестрой. Мое обращение к зрелым элементам "Я" пациента и совместный с ним когнитивный анализ восприятия им поведения дочери оказались более успешными. Предстояло также восстановить его способности к общению, которые в свое время позволили ему создать хорошие отношения со многими людьми и поддерживать их. В план психотерапии были включены также приемы, способствующие активизации сознания, а также меры поддержки.

Последующие примерно 10 психотерапевтических сессий были посвящены **проработке проблемы**. В их ходе пациент постепенно избавлялся от мыслей, что врачи могли спасти его жену, если бы только того пожелали. С помощью антидепрессантов за несколько недель удалось существенно уменьшить испытывавшуюся пациентом напряженность. Его сон улучшился, он снова был способен проявлять усиленный интерес к событиям, происходящим во внешнем мире. Его тлеющему конфликту с дочерью была дана следующая трактовка: поведение дочери обусловлено ее отдалением от матери и от него, отца. И когда несколько недель спустя дочь позвонила и поговорила с ним, пусть и в некоторой степени отчужденно, пациент почувствовал себя не достойным сожаления покинутым вдовцом, а дедушкой, членом семьи, не имеющим уже претензий к своей дочери. По делу о наследстве состоялось несколько слушаний с участием дочери, и пациент заранее готовился к ним с моей помощью, что позволило ему со знанием дела отстаивать свои права, не обвиняя при этом дочь и зятя. Он был очень удивлен, получив вскоре приглашение в дом дочери, где ему сообщили о рождении второго внука. В результате отношение пациента к дочери и зятю изменилось к лучшему. Он возобновил также посещения своей сестры (она была на 10 лет старше его и ко времени возобновления посещений ее здоровье серьезно пошатнулось). Пациент смог провести различие между доминировавшей над ним с материнскими замашками сестрой его детства, которую он в определенном смысле по-прежнему боялся, и этой старой, одинокой, слабой женщиной, нуждающейся в его материальной поддержке.

Особенно воодушевило пациента предложение принять участие в работе одного социально-церковного объединения. Ему была поручена организация встреч пожилых людей одного из районов. Регулярные заседания и обсуждения позволили ему возобновить контакты со многими своими знакомыми, что вело также к обмену визитами с ними. Так, ему снова представилась возможность выступать в роли человека, оказывающего помощь.

В ходе планирования психотерапии с самого начала совершенно четко были обозначены ее временные границы. Пациент отнесся к этому с одобрением, поскольку в силу ряда внешних обстоятельств поездки к психотерапевту были для него нелегким делом. Беседы, темой которых была потеря супруги, постоянно напоминали и о предстоящем расставании с психотерапевтом. В ходе нескольких последних сессий

пациент довольно эмоционально выражал опасения относительно своих способностей справиться с ситуацией "в полном одиночестве". Он признал также, что психотерапевт выполняла в его представлении некоторые из функций, осуществлять которые должна была, собственно, его дочь.

Так что расставание с психотерапевтом после **завершения психотерапии** далось ему нелегко. Ведь в его понимании психотерапевт, долгие годы соприкасавшаяся с его семьей, стала частью истории семьи. Но психотерапевт заверила пациента, что именно в силу этого обстоятельства ему будет легко снова установить контакт с нею, если обстоятельства того потребуют.

Контрольная сессия, состоявшаяся через шесть месяцев после завершения психотерапии, показала, что настроение пациента было устойчивым, и он хорошо чувствовал себя в новой социальной роли. Некоторое разочарование вызывало в нем то обстоятельство, что его отношения с семьей младшей дочери были недостаточно теплыми, хотя он охотно взял на себя исполнение роли дедушки. За истекшее время он активно обменивался визитами с многочисленными друзьями, принимая некоторых из них в своем домике в Тоскане, так что скучать ему больше не приходилось. Пациент поддерживал связь с "семейным психотерапевтом", регулярно посылая ей письма на Новый год. В возрасте 72 лет он неожиданно умер в результате инфаркта.

9.2. Случай пациентки, испытывавшей страхи

Ниже приводится пример структурирования ПОТ в соответствии с положениями, приведенными в гл. 5.

Замужняя, неработающая женщина 38 лет в течение многих месяцев испытывала все усиливающиеся страхи, агорафобию. Ее муж — чиновник среднего ранга, — стремился продвинуться по служебной лестнице и в этой связи в последнее время много занимался на курсах повышения квалификации. Сама пациентка не работала с начала замужества. Оба ее ребенка учились в гимназии. Примерно два года назад с пациенткой произошел несчастный случай, сопровождавшийся легким сотрясением мозга. В результате она испытывает время от времени легкие нарушения кровообращения. Развитие фобии шло медленно, но в последние месяцы перед началом психотерапии пациентка уже не решалась выходить из дома без сопровождающего.

В ходе первой фазы психотерапии психотерапевт старалась установить с пациенткой прочные конструктивные отношения. Пациентке была предоставлена возможность подробно описать свои трудности и свою жизненную ситуацию, огорчавшую ее. Она сообщила о своих страхах, панике, лишающих ее возможности выходить из дома самостоятельно. Даже у себя дома она иногда испытывала страх при одной мысли о том, что ей предстоит какое-то дело за пределами дома. Увереннее она чувствовала себя тогда, когда ее кто-нибудь сопровождал, особенно если это был ее муж. Он, правда, не особенно понимал ее страхи, но в последнее время старался быть с ней почаще, насколько ему позволяли работа и занятия по повышению квалификации. Психотерапевт занимала позицию, которую можно охарактеризовать так: внимание, эмпатия и поддержка. Она выражала пациентке свое понимание тех трудностей, какие та испытывала. Одновременно она объясняла пациентке, что со страхами, которые та испытывала, можно справиться, что их можно преодолеть, для чего необходимо активное сотрудничество пациентки, мобилизация ею своих сил. Психотерапевт говорила также, что верит в возможности пациентки и изложила ей свою концепцию психотерапии, подчеркнув в первую очередь ориентированность на проблему и ограниченность во времени. Пациентке было предложено высказать свое мнение, задать вопросы и выразить свое согласие на психотерапию, заключив соответствующий контракт.

На следующем, втором этапе психотерапии в центре внимания оказался вопрос: как сама пациентка объясняет возникновение своей проблемы, другими словами, как

выглядит **"субъективная теория болезни"** пациентки. Пациентка выразила свое убеждение в том, что ее состояние связано с несчастным случаем, происшедшим с нею два года назад. Однажды после того случая она испытала слабость, находясь в переполненном универмаге. Слабость была связана с нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы, и теперь пациентка опасается того, что такое может повториться с ней в любой момент. В тот раз она неожиданно упала, и никто не пришел ей на помощь. Кроме того, после несчастного случая ее способность к концентрирации внимания ухудшилась, а это может привести к новому несчастному случаю. Пациентка сообщила также, что и раньше была довольно робкой. Но объяснить причину такого резкого усиления страха не смогла. Страх делает ее нерешительной и беспомощной. После того как пациентка изложила свой субъективный взгляд на проблему, психотерапевт объяснила ей, насколько важно еще внимательнее присмотреться к проблеме, чтобы найти подходящее средство ее решения, т. е. средство преодоления страха. Так начался 3-й этап психотерапии — **анализ проблемы**. Сначала были подробно рассмотрены конкретные ситуации (внешние и внутренние), вызывающие страх, и их последствия для пациентки (реакции избегания, необходимость в сопровождающих людях, ограничение жизненного пространства).

Затем с учетом заявления пациентки о том, что она и раньше была довольно робкой, были рассмотрены ситуации из ее прошлого, которые могли как-либо объяснить ее теперешнюю проблему. Оказалось, что пациентку, которая была единственным ребенком, очень баловала мать. Но когда девочке пришло время пойти в школу, мать вернулась на свою прежнюю работу и уже больше не смогла уделять дочери так же много времени, как прежде. В последние годы пациентка хотела было возобновить профессиональную деятельность, так как дети подросли и уже не так нуждались в уходе, как прежде. Однако пришла к мнению, что профессиональная деятельность несовместима с ее обязанностями матери и домашней хозяйки. В детстве она очень ответственно относилась к таким своим обязанностям, как учеба и помощь по дому. И ее мужу, чтобы сосредоточиться на профессиональном росте, необходим хорошо организованный быт.

Сказанное подводит к вопросу о функциональном значении проблемы для теперешней жизненной ситуации пациентки и ее отношений с партнером. Пациентка считала свой брак гармоничным, хотя ее и огорчало, что муж, занятый вопросами профессионального совершенствования, не мог уделять достаточно времени семье. Но вместе с тем она заметила, что ее муж в последние месяцы старался больше времени проводить дома и помогать ей. Обсуждались также ее желания и ожидания, по организации ее собственной личной жизни. На вопрос психотерапевта, говорила ли она на эти темы с мужем , пациентка ответила отрицательно.

На основании осуществленного анализа проблемы, оказалось возможным выдвинуть несколько гипотез и на 4-м этапе психотерапии (**определение проблемы**) перейти к выбору специальных средств психотерапии.

♦ Психодинамическая гипотеза: структура личности пациентки характеризуется пассивностью и зависимостью; возникший у пациентки в детстве, а затем вытесненный страх потери, возвращается в результате возросшей профессиональной занятости мужа ("повторяющиеся переживания").

♦ Гипотеза, основывающаяся на теории взаимодействия (интеракции): в критической фазе жизни пациентка оказалась вовлеченной в конфликт между стремлением к обретению признания и самореализации (например, в профессиональной деятельности), с одной стороны, и стремлением ее мужа сделать карьеру. Страхи, испытываемые пациенткой, должны восстановить существовавшее прежде в их отношениях равновесие и укрепить эти отношения, над которыми, якобы, нависла опасность.

♦ Гипотеза, основывающаяся на теории учения: определенные переживания пациентки привели в результате формирования соответствующих условных рефлексов к

фобии, которая сохраняется и усиливается в результате используемой пациенткой стратегии избегания и особенно в результате поведения ее мужа.

Не существует критериев, на основании которых можно было бы сказать, какая из этих гипотез "верна". Психотерапевт в ПО-терапии совместно с пациентом выясняют, какая из гипотез подходит для такого определения проблемы, которое может быть принято пациентом и послужить основанием для разработки приемлемой для пациента психотерапевтической пациентке стратегии. В соответствии с вышесказанным, психотерапевт попыталась изложить выдвинутые гипотезы простым доступным ей языком. Психодинамическая и интеракционистская гипотезы оказались для пациентки (по крайней мере, на этом этапе психотерапии) малоприемлемыми. Значительно больше понравилась ей гипотеза, основывающаяся на теории учения, так как она была близка к ее собственной модели объяснения. Психотерапевт объяснила пациентке, что свой опыт, полученный в определенных ситуациях, она переносит на другие ситуации и что число таких ситуаций возрастает. Пациентке было сказано также, что этот процесс можно повернуть вспять. Для этого ей предстоит оказаться в ситуациях, до сих пор ею избегаемых и убедиться, что при этом не происходит ничего ужасного: возникающий страх вполне можно выдержать и что в результате страх будет ослабевать. Определение проблемы для пациентки звучало так: "Как могу я разучиться испытывать страх, которому научилась, и тем самым вновь расширить свое жизненное пространство?" Конкретная цель психотерапии была сформулирована так: "Я хочу настолько уменьшить свой страх, чтобы иметь возможность вновь самостоятельно, без сопровождающих перемещаться за пределами дома". Мы сознательно отказались от формулировки, провозглашающей полное освобождение от страха, помня о том, что поставленная цель должна быть реалистичной.

Тем самым были созданы предпосылки для осуществления пятого этапа психотерапии — **проработка проблемы**. Совместно с пациенткой была разработана соответствующая ее индивидуальным особенностям программа, состоящая из упражнений поведенческой терапии и направленная на постепенную десенсибилизацию, выработку невосприимчивости к страху. На некоторых психотерапевтических сессиях присутствовал также муж пациентки, которому была объяснена сущность психотерапевтических мероприятий. Ему также было рассказано о той поддержке, какую он может оказать своей жене. Пациентка с энтузиазмом взялась за упражнения и на первом этапе добилась хороших результатов. Процесс приостановился, когда пациентка заметила, что по мере того, как ее состояние улучшается, ее муж вновь начинает меньше заботиться о ней. Пациентка высказала предположение, что для ее мужа профессиональная карьера важнее, чем их отношения. Она испытывала даже опасения, что частые отлучки мужа могут быть связаны с тем, что у него появились внебрачные связи.

Психотерапевту удалось создать у пациентки мотивацию, необходимую для продолжения выполнения программы упражнений. Одновременно психотерапевт обратилась к испытываемому пациенткой страху потери теперешних ее отношений и попыталась получить информацию о переживаниях, испытанных пациенткой в детстве. У пациентки это вызвало протест, поскольку она считала, что теперешняя ее ситуация не сравнима с той, какая была в детстве. Она пожелала, однако, удостовериться в том, что у ее муже не появилась подруга и напрямую спросила его об этом. Был получен отрицательный ответ. В ходе последующих психотерапевтических сессий перед пациенткой был поставлен вопрос: не имеет ли карьера мужа для нее такое же значение, как и его внебрачная связь. Было высказано предположение, что в результате профессиональных успехов мужа равновесие в отношениях между супругами нарушается, и пациентка может испытывать зависть и неудовлетворение собственным положением. При этом пациентке рекомендовалось внимательно относиться к собственным потребностям, а также высказывать мужу свои пожелания и ожидания. Обсуждались конкретные возможности частичной профессиональной занятости пациентки. При этом

отмечалось, что условием профессиональной деятельности пациентки является преодоление ею своих страхов. При обсуждении этих тем не упускались из виду: основная проблема, как она была сформулирована в самом начале, и соответствующая цель — преодоление конкретных страхов — фобий. На каждой сессии обсуждались вновь полученный опыт, успехи и неудачи, а также последующие шаги в психотерапии. Напоминания на этой стадии о заранее оговоренных сроках завершения психотерапии способствовали преодолению временной потери интереса к программе упражнений. Пациентка выразила гнев в связи с тем, что ей пока не удалось преодолеть свои ограничения. С большим усердием она вновь взялась за свои упражнения и сообщила также о состоявшемся разговоре с мужем, в ходе которого она впервые высказала желание пойти на работу, требующую частичной занятости. Муж воспринял это как упрек, что, однако, не обескуражило пациентку.

На последних трех сессиях (**шестой этап психотерапии**) главной темой были предстоящее расставание с психотерапевтом и завершение психотерапии. Были подведены итоги проделанной работы. Страхи, хотя и не исчезли полностью, но в большинстве ситуаций уменьшились настолько, что пациентка оказалась способна справляться с ними и снова может выходить из дома без сопровождающих. Но, как и прежде, она избегает посещения больших торговых центров и поездок на общественном транспорте, не решается также в одиночку войти в кафе. Пациентка предприняла первые шаги по поиску работы с частичной занятостью, и высказала пожелание прийти на психотерапевтическую сессию с мужем, надеясь, что там она сможет объяснить ему свои поступки.

На последних сессиях отчетливо проявилась взаимная симпатия в отношениях пациентки и психотерапевта, что стало особой темой разговора. Пациентка выразила неуверенность в своей способности в будущем справляться со своими проблемами самостоятельно. Она сказала также, что в какой-то мере чувствует себя брошенной на произвол судьбы и хотела бы и впредь пользоваться поддержкой и советами психотерапевта. Психотерапевт отнеслась к этим опасениям с пониманием и увидела связь между переживаниями, вызванными расставаниями пациентки с близкими людьми, и теперешним ее расставанием с психотерапевтом. Одновременно дала понять пациентке, что верит, что теперь пациентка с помощью выученных стратегий может продолжить работу над своими проблемами самостоятельно. Было решено встретиться снова через три месяца для обсуждения результатов.

Представленное описание случая показывает, как осуществляется психотерапия с учетом основных требований нашей концепции, таких как: ориентированность на проблему, ориентированность на пациента, плюрализм методов и структурированность процесса. Разделение психотерапевтического процесса на шесть ступеней или этапов облегчает ориентирование в нем и делает его "прозрачным" как для психотерапевта, так и для пациента. Следует обратить внимание и на то, как психотерапевт использовала в ходе психотерапии свои убеждения и профессиональные знания, когда она, например, субъективное понимание проблемы пациенткой дополнила своими гипотезами, содержащими объяснение, но сделала это весьма тактично и побудила пациентку сформулировать приемлемое для нее (пациентки) определение проблемы, дающее возможность применить конкретную психотерапевтическую стратегию. Первоначально предложенное пациенткой гипотетическое объяснение оставалось на втором плане до тех пор, пока не проявилось сопротивление, как это имело место, например, когда мотивация пациентки снизилась в результате изменения поведения ее мужа. Тогда психотерапевт вновь обратилась к предложенной пациенткой гипотезе и обсудила с ней функциональное значение проблемы. Тем самым она попыталась выяснить происхождение сопротивления и осуществить изменения также на уровне отношений, не теряя при этом из виду первоначально намеченную цель — преодоление страха.

Следует указать и на то, что в ПО-терапии отношения пациент — психотерапевт

играют столь же важную роль, как и в каждой другой форме психотерапии. Но предметом обсуждения и анализа они становятся лишь тогда, когда возникает сопротивление, мешающее целенаправленному психотерапевтическому процессу. В представленном выше случае такое имело место на последней психотерапевтической сессии, когда пациентка почувствовала себя брошенной психотерапевтом на произвол судьбы и в ней ожил страх быть покинутой. Тогда психотерапевт указала на сходство отношений, сложившихся в ходе психотерапии, с другими отношениями пациентки, как прежними, так и теперешними, а одновременно постаралась укрепить веру пациентки в себя и ее чувство самостоятельности.

9.3. Пациентка с проблемами физического здоровья

Возраст пациентки 29 лет. Она обратилась к психотерапевту после четвертого выкидыша, когда гинекологическое обследование не выявило его причин. Пациентка почувствовала, что выкидыши как-то связаны с состоянием ее психики.

Цель пациентки заключалась в том, чтобы выяснить эту возможную связь. Она надеялась также, что в результате для нее станут возможными нормальная беременность и роды.

Это была миниатюрная, изящная, постоянно улыбающаяся женщина, психическое состояние которой представлялось безукоризненным. Удивительным было лишь то, что эти четыре выкидыша, как казалось, не оставили никакого следа в ее психике. Какие-либо депрессивные аффекты в связи с этим не наблюдались. Главным предметом ее забот была материальная обеспеченность. Она сама и ее муж работали и не испытывали каких-либо финансовых затруднений.

В ходе беседы с пациенткой выяснилось, что ее отношения с матерью были неоднозначными. Мать выгнала пациентку из дома, когда той было 16 лет, так что пациентке пришлось начать заботиться о себе довольно рано, когда ей были присущи черты инфантилизма. Это обстоятельство делало понятным потребность в безопасности. Прежде она уже проходила курс групповой психотерапии совместно с мужем. Но затем она пожелала работать с психотерапевтом и отклонила предложение проходить психотерапию совместно с мужем. Психотерапевтические отношения с ней были установлены легко. Пациентка охотно сотрудничала с психотерапевтом, была открытой. Помогал и опыт, полученный в ходе группой психотерапии.

Свою **проблему** она сформулировала так: "Я хотела бы узнать, почему у меня были четыре выкидыша". Ее субъективное понимание проблемы было нечетким, но она осознавала, что эта проблема как-то связана с ее психическим состоянием и ее отношениями.

Уже после первой сессии в результате **анализа проблемы** была получена такая предварительная формулировка: "Я хотела бы быть хорошей, надежной матерью ребенку. Для этого я должна отказаться от своей профессии, что усилит мою неуверенность и несамостоятельность, и также усилит страхи, связанные с моей финансовой ситуацией".

Эта формулировка содержит в скрытом виде гипотезу о том, что выкидыши служат поддержанию чувства безопасности. Это подтвердило психодинамическую гипотезу ее психотерапевта.

Цель психотерапии соответственно заключалась в том, чтобы, во-первых, дать пациентке понимание проблематики, и, во-вторых, повысить ее самостоятельность и веру в себя.

При **выборе методов** предпочтение было отдано соответственно методам, которые способствовали: а) активизации сознания и б) формированию желательных схем поведения и мышления. Через несколько недель после начала психотерапии пациентка сообщила, что она снова забеременела. И снова это событие не вызвало радости и возник страх перед новым выкидышем. Темой обсуждения стали отношения пациентки с мужем.

Пациентка решительно возражала против его категорического требования перейти на работу на его предприятие. Вопрос ее личной свободы приобретал все большее значение. Какие последствия в этой связи повлечет за собой рождение ребенка? Неуверенность пациентки в своем материальном положении в сочетании с перспективой потери свободы привели к такому **определению проблемы**: "Возможно, я вообще не желаю ребенка, поскольку я опасаюсь, что не смогу в достаточной мере обеспечить его безопасность и потому, что я хотела бы сохранить свою свободу. В то же время я хотела бы быть хорошей матерью". Формулировка "Возможно, я вообще не желаю ребенка" была намеренно вставлена в определение проблемы психотерапевтом, понимавшим ее провокационный характер и возможность возникновения конфронтации. Этой формулировке отводилась роль метода, способствующего проявлениям эмоций (см. разд. 8.4). Все большее внимание уделялось отношениям пациентки с мужем. Ее недовольство им постоянно возрастало. Пациентка видела, что ее потребность в безопасности, в том, чтобы быть ведомой, а также в ласковом обращении муж удовлетворить не мог. На это она реагировала, с одной стороны, приступами гнева, с другой — усилением потребности в независимости, на что ее муж отвечал все новыми и новыми попытками сделать ее более зависимой от себя, для чего настаивал на ее переходе на работу к нему. Поэтому было дано второе определение проблемы: "В этих обстоятельствах я не хочу ребенка от этого человека! И все же я люблю его".

В ходе психотерапии, между тем, возникла проблема. Дело в том, что пациентка с самого начала исключила возможность участия в психотерапии мужа. Психотерапевт же пришла к выводу, что работу можно продолжать только в виде психотерапии супружеской пары. Понадобились две сессии, чтобы склонить к этому пациентку.

Из сказанного видно, что не всегда возможно осуществление идеального варианта ПОТ, при котором психотерапевт и пациент совместно намечают программу работы, а затем выполняют ее. В результате психотерапии этой супружеской пары и он, и она осознали всю неустойчивость их отношений. Жена утратила желание иметь ребенка. Муж же ощутил в себе все усиливающуюся потребность в том, чтобы пройти психотерапию, что он и сделал.

9.4. Пациентка, страдавшая булимией

Пациентка, которой было 25 лет, консультант по вопросам моды, родом из Восточной Швейцарии, обратилась в нашу поликлинику в связи со все усиливающимися симптомами булимии. Типичные для этой болезни приступы участились к начальному периоду психотерапии настолько, что пациентка все чаще испытывала депрессивное настроение и все чаще ее посещали мысли о самоубийстве. В этот период она вела совершенно замкнутый образ жизни, даже на работе избегала каких-либо контактов. Во-первых, потому что у нее не оставалось на это времени из-за проблем с едой, во-вторых, потому, что никто, как она считала, не должен был знать о наличии у нее подобных проблем. Город, в котором она жила, воспринимался ею, выросшей в другом регионе, как совершенно чужой. Не было у нее здесь ни друзей, ни знакомых. Единственным человеком, с которым она сохранила контакты, оставалась мать. С ней она ежедневно говорила по телефону и неизменно получала от нее одни и те же советы. Хотя эти телефонные разговоры почти всегда вызывали у Петры разочарование, они имели для нее исключительно важное значение, являясь единственным способом общения. После работы она возвращалась в свою маленькую квартирку и там, удовлетворяя неодолимую потребность, занималась почти все время тем, что поглощала все имевшееся у нее съестное, так что в конце концов ее тошнило. После таких приступов обжорства в полном изнурении, испытывая тяжелейшее чувство вины и глубокое отчаяние, она укладывалась в постель.

Петра была красивой женщиной, среднего роста и почти нормального веса. На

психотерапевтические сессии она всегда приходила полная фантазий и одетая по моде. Регулярно посещала солярий, и ее золотистый загар особенно эффектно выглядел в начале весны. Ее большие темные глаза смотрели на меня испытующе; поначалу взгляд бывал робким, но потом становился иногда даже кокетливым. По ее внешнему облику ее можно было принять, скорее, за юную девушку, чем за 25-летнюю женщину. Голос Петры был тихим, неуверенным. Часто она прерывала свою речь, и создавалось впечатление, что она тщательно взвешивает каждое слово, прежде чем произнести его, опасаясь сказать что-либо неверно или ввести психотерапевта в заблуждение.

Петра считала, что ее неприятности связаны с происшедшим незадолго до начала психотерапии разрывом отношений с ее тогдашним другом. С ним у нее был первый опыт сексуальных отношений, которых прежде она избегала, испытывая страх. Первоначально мысль о том, что теперь она настоящая женщина, воодушевляла ее, но позже ее стало пугать постоянное стремление ее друга к интимным контактам. В конце концов она пришла к выводу, что он ее просто "использует". Она же прежде всего искала в их отношениях тепла и ласки, а поведение друга не соответствовало ее ожиданиям. Так что она разорвала отношения с ним, после чего начались проблемы с едой и усилился страх перед избыточным весом. По мнению пациентки, "Все это должно было быть компенсацией за потерю друга".

Формулировка "компенсация за..." прозвучала в самом начале психотерапии и была принята в качестве **первоначального определения проблемы (субъективный взгляд на проблему**). Мы договорились вернуться к этой формулировке позже, расширить ее, уточнить и наполнить дополнительным содержанием. (Используя терминологию ПО-терапии, можно сказать, что пациентка сформулировала, пусть и в первом приближении, динамическую гипотезу — выдвинула субъективную концепцию своей болезни, которая и была принята в качестве отправной точки последующего анализа проблемы).

Последовавший за этой первой фазой психотерапии **анализ проблемы** (включавший анамнез) выявил следующие обстоятельства. Петра выросла в одном из сельских районов Восточной Швейцарии и была младшей из троих детей. Ей было три года, когда в результате несчастного случая на работе погиб ее отец. Тогда она не могла правильно оценить происшедшее. Неожиданно отец исчез, и образ жизни их семьи резко изменился. Реакцией матери на смерть мужа была тяжелая депрессия. После смерти мужа она замкнулась в себе и в течение многих лет испытывала страх, чуть ли не фобию, перед всеми контактами, прежде всего с мужчинами. В гости ходили лишь к одному человеку — крестному отцу пациентки, которого та очень любила. В результате мать и Петра очень сблизились. Пациентка рассказала, что нередко они одновременно болели одной и той же болезнью.

Брат и сестра, которые были намного старше Петры, вскоре покинули родной дом, а между Петрой и ее матерью установились явно нездоровые симбиотические отношения, вызывавшие у пациентки смешанные чувства. В 16 лет она впервые предприняла серьезную попытку вырваться из тисков: довела себя до истощения.

Тогда по совету семейного врача ее отправили к сестре которая работала медицинской сестрой недалеко от Берна. Там пациентка жила последующие годы. Ей удалось избавиться от последствий истощения, но разлука с матерью постоянно мучила ее. Сестра между тем испытывала большое напряжение, разрываясь между постоянно меняющимися любовниками и Петрой, которой она пыталась заменять мать. В этой ситуации пациентка чувствовала себя все более неуютно. В конце концов при первых признаках вновь начинающегося истощения она уехала от сестры. Так примерно за год до начала психотерапии она оказалась в Берне. Это, как она выразилась, была ее первая попытка начать самостоятельную жизнь.

Расширенный анализ проблемы показал, однако, также, что симптомы булимии появились у пациентки не после ее расставания с другом, как она первоначально утверждала, а раньше, именно тогда, когда она почувствовала, что связь с ним становится

для нее все более и более тягостной.

В результате тщательного изучения истории жизни пациентки и ее теперешней жизненной ситуации, которая здесь излагается очень сжато, в конце концов было сформулировано **расширенное определение проблемы**:

"Симптомы отклонений в поведении, связанных с едой, свидетельствуют о том, что мне становится трудно поддерживать отношения, требующие от меня слишком много сил. Еда позволяет мне приглушить страхи и депрессивное настроение, но нежелательный побочный эффект попыток решать проблемы таким способом заключается в появлении новых физических и психических проблем, в первую очередь чувства вины и чувства одиночества".

При такой формулировке бессознательный процесс возникновения симптомов интерпретировался как функциональный процесс и тем самым устанавливалась ответственность пациентки за него. Тогда пациентке было предложено рассматривать приступы влечения к еде и отказа от нее в качестве сигналов тела, свидетельствующих о наличии у нее психологических проблем и конфликтов. Так симптомы булимии перестали быть чем-то независящим от "Я" пациентки.

Кроме того — и это особенно важно — было выявлено, что за симптомами нарушений, связанных с едой, явно стояла потребность в любви и в то же время в том, чтобы провести границу между собой и другим человеком. Поэтому мы дали такую **предварительную формулировку цели психотерапии:**

"Найти такие средства, такой образ действий с помощью которых я смогу установить достаточную дистанцию между собой и значимыми для меня людьми, не разрывая при этом отношений с ними и избегая вредных для моего физического и психического состояния проблем, связанных с едой".

В соответствии с определениями проблемы и цели вместе с пациенткой была разработана **стратегия психотерапии**, которая должна была учитывать как главные аспекты этих формулировок, так и психосоматические последствия булимии:

1. Медицинские мероприятия. Исчерпывающие объяснения врача-терапевта и соответствующее медицинское лечение.

2. Ослабление симптомов. Методы самоконтроля, предлагаемые поведенческой психотерапией.

3. Восприятие пациенткой своих чувств и телесных ощущений. Упражнения, улучшающие восприятие тела и способствующие проявлению чувств и переживаний.

4. Разъяснение теперешней жизненной ситуации пациентки. Приемы, направленные на объяснение теперешней жизненной ситуации пациентки и важных для нее отношений.

Эти методы применялись не последовательно, а параллельно, но постоянно с учетом изменений в определении проблемы, которые возникали в ходе психотерапии.

Непосредственное обращение к симптоматике булимии объясняется не только страданиями пациентки которые вызывались ею, но и сопряженным с нею риском вторичных соматических заболеваний. Так, частая рвота вызывала у пациентки все усиливающиеся повреждения зубной эмали, а также нарушения водно-солевого баланса в организме.

Эти проблемы требовали немедленного решения. Поэтому мы договорились параллельно с проработкой динамических проблем и определением цели симптоматического поведения начать работу с использованием методов изменения поведения. После анализа факторов, обусловливающих связанные с едой нарушения, мы разработали программу самоконтроля, включающую планирование пациенткой своего питания. Пациентка должна была вести подробные записи — "дневник питания", который регулярно проверялся психотерапевтом. Была введена система самопоощрения: если определенное время пациентка избегала нарушений режима питания, ей давались призовые очки: право на посещение джазовых танцев, солярия и кино.

Уже после нескольких сессий пациентка сообщила о заметных изменениях к лучшему. Она была горда тем, что теперь может лучше контролировать свое поведение, связанное с едой. В это фазе мне постоянно приходилось ободрять стремящуюся к совершенству пациентку, предупреждать ее о возможности рецидивов и подчеркивать, что целью — не полное устранение симптомов, а их ослабление. Вновь появляющиеся симптомы я соответственно трактовал как важные сигналы того, что проблема, (определение ее мы дали ранее), все еще не решена в достаточной мере. Я говорил пациентке о необходимости проработки важных вопросов, касающихся отношений и эмоций.

В это же время Петра жаловалась на усиление стресса, испытываемого главным образом во время перерывов на работе, а также по вечерам дома. Сначала ей не удавалось выявить связь, существующую между этими явлениями и своим эмоциональным состоянием. Термином "стресс" она явно пользовалась для описания отрицательных эмоций. С помощью регулярных упражнений, направленных на улучшение восприятия ею своего тела и связанных с этим восприятием ощущений и мыслей, пациентке постепенно удалось научиться выделять из потока чувств определенные эмоции. Петра осознала, в частности, глубокую печаль и непрерывную боль — чувства, которые она прежде не связывала с определенными событиями своей жизни.

Решающим для дальнейшего хода психотерапии оказался сон, о котором сообщила пациентка. Во сне она — еще маленькая девочка — пришла вместе с отцом к фотографу, чтобы сделать снимок для семейного альбома. Для этого Петре нужно было сесть отцу на колени. Рассказывая о сне, Петра смогла выразить печаль, которую прежде длительное время подавляла. Но для этого ей необходимо было получить "разрешение" своего психотерапевта. Она смогла рассказать о том, как в прошлом ей недоставало отца, да и сейчас она жалеет об его отсутствии. В тяжелых жизненных ситуациях ей не хватает его поддержки, его доброжелательного отношения. Было совершенно очевидно, что сон Петры был также ее ответом на психотерапевтические отношения. (Психотерапевт — мужчина в том же возрасте, в каком был бы теперь отец Петры.) На это отношение к процессу психотерапии я осторожно обратил внимание пациентки, но не стал анализировать символизируемый сном перенос (согласно постулатам ПО-терапии необходимость в этом возникла бы лишь в случае появления порожденных переносом проблем, мешающих психотерапии).

В ходе дальнейшей работы с печалью Петра однажды заметила: "Что поделаешь, мой отец умер, и я должна с этим смириться". Так она дала знать о завершении на данном этапе процесса работы с печалью. В тот момент ей этого было достаточно, она могла смириться со случившимся. (Это не означает, что данная тема была исчерпывающе проработана. Но в ПО-терапии считают, что проработку можно завершить, если психотерапевтический процесс больше не блокируется и развитие пациента продолжается). Тем временем Петра оказалась в кризисной ситуации: симптомы булимии вновь усилились, хотя ранее они почти исчезли. Это вызвало у Петры крайнее разочарование. Она винила себя за то, что не сумела закрепить первоначальный успех, восприняла случившееся как свое очередное поражение. Она хотела отказаться от использования методов поведенческой терапии, поскольку, по ее мнению, их применение не имело смысла. Стало очевидным, что психотерапевтический процесс вызвал в ней сопротивление и вот-вот разразится депрессивный кризис. В этой ситуации я решил применить прием, который может быть назван конфронтацией. Что я должен делать, мне подсказала сама пациентка своим рассказом о сне: ей не хватало оказывающего ей поддержки отца. Поэтому я напомнил Петре о нашем психотерапевтическом контракте, о совместно сформулированной цели психотерапии и призвал ее проявить выдержку. Я сказал, что ни в коем случае не намерен сейчас прекратить работу с ней. Ответом Петры была улыбка, выражавшая согласие.

На этой ступени психотерапии пациентка постоянно жаловалась на попытки

матери повлиять на нее в ходе их телефонных разговоров. Кроме того она говорила о сильном разочаровании в сестре. Замечание сестры по поводу того, что Петра, дескать, не в состоянии справиться с требованиями жизни, пациентка трактовала как свидетельство, что ее отвергают и ею пренебрегают. В результате тщательного разбора телефонных разговоров мы смогли прийти к определенным выводам (и **дополнить ими осуществленный ранее анализ проблемы**):

"Мне не удается установить удовлетворительные отношения с сестрой и матерью. Я испытываю противоречивые чувства. Иногда я чувствую, что мною руководят и трактуют как свою собственность, а иногда я чувствую себя отвергнутой и предоставленной самой себе".

В ходе дальнейших бесед Петра осознала, что удаление в пространстве от матери и сестры не несет с собой решения проблемы ее самостоятельности. Она испытывала желание быть рядом с матерью и в то же время оставаться самой собой. Она не решалась откровенно говорить с ней о своих проблемах, поскольку не хотела огорчать ее. Что касается сестры, то та прежде часто поддерживала Петру, и пациентка не могла понять, почему сестра вдруг отвернулась от нее. Снова, как и прежде, пациентка почувствовала, что с ней обращаются как с "маленькой и незрелой ", неспособной стоять на собственных ногах.

В конце концов мы решили пригласить мать и сестру для разговора, в ходе которого пациентка хотела рассказать о трудностях, с которыми она сталкивается в настоящее время, а также о своих желаниях, касающихся отношений с ними. Разговор получился интересным. Мать оказалась чутким, отзывчивым человеком оживленно рассказывала о своих контактах с подругами и родственниками, а также о той многообразной общественной деятельности, которой она занималась. Она смогла открыто сказать, что, хотя и не рассчитывает на возвращение Петры домой, ей хотелось бы укрепить контакты с обеими своими дочерьми. Это высказывание матери весьма удивило Петру и ее сестру. Петра явно почувствовала облегчение. То, что мать провела границу между ею и собою, и одновременно предложила укрепить отношения, позволило Петре набраться духа и поговорить о своих страхах и желаниях, связанных с отношениями между ними.

Всего состоялись три семейные беседы, и они наглядно показали, что эти три женщины после смерти мужа и отца в течение многих лет испытывали сильное чувство вины в отношении друг друга. Болезни и психические проблемы одной из них трактовались другими как молчаливый упрек, что они не проявляют достаточной заботы. В результате совместной работы с печалью и взаимных выяснений отношений можно было отчетливо почувствовать устранение напряжения и установление атмосферы, способствующей откровенному разговору. (В рамках ПО-терапии может оказаться полезным дополнительно к работе психотерапевта и пациента проводить беседы с участием партнеров пациентов и членов их семей, если такие беседы способствуют достижению поставленных целей.)

К концу психотерапии Петра решила оставить свою работу и квартиру в Берне и переехать поближе к матери и сестре, т.е. вернуться в Восточную Швейцарию. Многие месяцы она испытывала фобию, связанную с поездкой в этот регион, а теперь преодолела ее и в выходные дни съездила туда. В результате поездки она осознала эмоциональную привязанность к этой части Швейцарии, а также то, что уехав в свое время из дома, она покинула социальную среду, с которой ее до сих пор многое связывает. Сердечный прием, оказанный родственниками и друзьями, убедил ее в том, что отношения, которые она считала утраченными, можно восстановить.

В ходе психотерапии пациентка претерпела существенные изменения. Из легкомысленной девушки она превратилась в молодую женщину, все в большей мере осознающую свои достоинства. В ходе последних сессий, однако, Петра вновь проявила своенравие, и ее поведение в отношении меня сделалось агрессивным. Она упрекала меня

в недостаточной поддержке и в том, что я бросаю ее на произвол судьбы. Было очевидно, что предстоящее расставание вызывало у нее беспокойство. Темой наших сессий стало обсуждение гнева, боли и печали — чувств, которые возникали у нее в связи с предстоящим завершением наших отношений. Вновь рассматривалась потеря ею в раннем детстве отца и в этой связи предстоящее завершение психотерапевтических отношений.

Через полгода после завершения психотерапии пациентка позвонила мне из Восточной Швейцарии — хотела узнать адрес одного психотерапевта. В ходе разговора она сообщила, что живет в собственной квартире и у нее интимная связь с одним молодым человеком. С матерью встречается регулярно. Их разговоры стали более откровенными, и она чувствует себя в ее присутствии хорошо. За этот период улучшились и ее отношения с сестрой. Теперь сестра относится к ней, как к подруге, как к равной. Брат, который уже много лет совершенно удалился от семьи и в свое время отказался принять участие в нашей психотерапевтической беседе, дал о себе знать и пригласил ее на обед. Она все еще страдает от повторяющихся приступов булимии, но они происходят реже, чем прежде, и не бывают такими острыми. Ей все еще нелегко принять свое тело. Поэтому она пожелала продолжить психотерапевтическую работу.

10. ПО-ТЕРАПИЯ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Как соотносятся между собой ПО-терапия и психотерапевтические интервенции, осуществляемые в тех случаях, когда пациенты находятся в критических ситуациях? Соотношение между ними обусловлено двумя обстоятельствами:

1. Кризисная ситуация может возникнуть: а) до начала прохождения пациентом ПО-терапии, б) в ходе в результате каких-либо внешних обстоятельств, в)может потребовать дополнительных интервенций после завершения ПО-терапии.

2. Теоретическими основами психотерапевтических интервенций, осуществляемых в кризисных ситуациях, являются, во-первых, теории кризисов и стрессов, и, во-вторых, когнитивные теории и теории "коупинга"* [*Коупинг (англ. "coping") — умение справиться, совладать с трудными ситуациями. — *Прим. переводчика*.] Все эти теории в большей или меньшей степени обладают теми же четырьмя отличительными признаками, которые присущи ПО-терапии.

Варианты сочетания кризисного вмешательства и ПО-терапии во времени:

а) *Кризисное вмешательство, предшествующее во времени ПО-террапии*, — наиболее распространенный вариант. Перспективы пациентов, приходящих для прохождения ПО-терапии после кризисных состояний, нельзя считать благоприятными. Дело в том, что адаптационные возможности человека в результате кризиса заметно ухудшаются, что создает неблагоприятные предпосылки для прохождения ПО-терапии. В таких случаях более подходят (для начала) психотерапевтические интервенции, к каким прибегают в критических ситуациях. (Далее в тексте такие интервенции называются "кризисное вмешательство".) Такое кризисное вмешательство позволит настолько стабилизировать как внешние, так и (частично) внутренние обстоятельства, что концентрация и рефлексия станут доступны пациенту в той мере, какая необходима для углубленного рассмотрения и проработки его проблем. ПО-терапия предполагает способность пациента к довольно глубокой рефлексии, что, как правило, бывает возможным только в условиях хотя бы временной стабильности. Кризисное вмешательство создает предпосылки для этого. Необходимо, однако, искусное проведение кризисного вмешательства, прежде чем можно будет подумать об осуществлении затем психотерапии. Эффективность кризисного вмешательства не в последнюю очередь зависит от веры пациента и психотерапевта в то, что с помощью такого вмешательства

они смогут за несколько психотерапевтических сессий справиться с кризисом. Решение о последующей ПО-терапии следует принимать в ходе контрольной встречи психотерапевта с пациентом лишь после того, как пациент сможет посмотреть на пережитый им кризис спокойно, как бы со стороны.

б) Кризисное вмешательство в ходе ПО-терапии. Второй вариант имеет место тогда, когда в силу неожиданного изменения внешних обстоятельств пациент оказывается в кризисе. Пациент может, например, потерять партнера (болезнь, несчастный случай, острый кризис супружеских отношений, завершающийся расставанием). Возможно также, что страх перед экзаменом или потерей работы перейдет в панику и вызовет у пациента декомпенсацию. Экзистенциальный кризис может быть вызван и тяжелым соматическим заболеванием. В таком случае психотерапевт должен изменить свою стратегию и перейти от ПО-терапии к кризисному вмешательству вне зависимости от того, связан ли наступивший кризис с проблемой, сформулированной в ходе ПО-терапии, или нет. Как только будет достигнута необходимая внутренняя и внешняя стабилизация, психотерапевт переходит в своей работе к методам ПО-терапии, не дожидаясь формального "завершения" кризисного вмешательства. В техническом отношении различие будет заключаться главным образом в том, что психотерапевт начинает проявлять значительно большую активность, пытается структурировать жизненную ситуацию пациента и в случае необходимости приглашает на психотерапевтические сессии значимых для пациента лиц.

в) *Кризисное вмешательство после завершения ПО-терапии.* Третий вариант: пациент, успешно завершивший вместе со своим психотерапевтом ПО-терапию, через какое-то время после этого испытывает острый кризис. Весьма вероятно, что в этом случае он обратится к знакомому психотерапевту, к которому испытывает доверие. В ходе ПО-терапии психотерапевт уже ранее ознакомился с теми формами преодоления психологических трудностей, какими владеет данный пациент. Он сможет, по-видимому, эффективно вывести пациента из кризиса, используя приемы кризисного вмешательства, и дорогостоящая психотерапия не понадобится.

Во всех трех вариантах мы исходим из того, что обе психотерапевтические модели имеют общий базис, но различия в обстоятельствах обусловливают применение соответствующих стратегий психотерапии.

Теоретическое обоснование кризисного вмешательства. В основе методов, используемых в ходе кризисного вмешательства, лежат прежде всего теории кризиса и стресса, а также когнитивные теории и теории "коупинга", рассматривающие способы преодоления человеком трудных жизненных ситуаций.

а) *Теории кризиса и стресса.* Райтер и Штротцка дали такое определение кризиса:

"Кризисы — события с неопределенным исходом и сопряженные с опасностью потерь. Временные границы таких событий могут быть обозначены. У испытывающего кризис человека возникают сомнения относительно привычных для него ценностей и целей. От него требуется принятие решений и адаптация к новым условиям, что может вызывать чувство беспомощности, вести к изменениям в поведении и переживаниях, а вместе с тем создаются предпосылки формирования новой жизненной ориентации".

Кризисы можно подразделить на **ситуационные** и "**биографические**".

Ситуационные или травматические кризисы могут вызываться: болезнями (с их разнообразными психосоматическими последствиями); опасностями, исходящими извне (изнасилование, авария в шахте и т.д.); потерями близких, изменениями условий жизни (эмиграция, смена рабочего места), оскорблениями или обидами — реальными или возможными в будущем (экзамены, публичные выступления) и представляющими угрозу для самооценки.

Биографические кризисы или кризисы, связанные с развитием индивида не

редки в те периоды, когда вступление в новую фазу развития требует от человека особых усилий, как это имеет место в период полового созревания в подростковом возрасте, при поступлении на работу, появлении в семье ребенка, важных изменениях в профессиональной деятельности, уходе детей из отеческого дома, климаксе, уходе на пенсию, старении. После того как Каплан предложил свою теорию кризисов, переживанию кризисных ситуаций стали приписывать патогенное действие. Кризисное событие трактуется как стрессор, ставящий под угрозу существующее психофизиологическое равновесие. Декомпенсация или кризис происходят лишь тогда, когда привычные способы их преодоления оказываются недостаточными. Проявляться декомпенсация или кризис могут и соматически, и психически, чаще всего в виде острой, выходящей за пределы нормы психогенной реакции, включающей такие состояния как страх, ступор и/или отчаяние, характерные для депрессивных состояний. Для человека, находящегося в кризисе, характерны также сильные, неконтролируемые эмоции. При спонтанном протекании кризиса (когда никакое воздействие извне не сказывается) через какое-то время (обычно через 2-3 недели) или происходит компенсация, или кризис переходит в устойчивое психопатологическое состояние. Существует обширная литература, посвященная роли различных стрессоров и их воздействию на протекание кризисных ситуаций. Мы же исходим из того, что решающую роль играет не факт возникновения кризиса, а процесс кризиса как таковой. Поэтому излагаемые нами ниже положения относятся как к кризисам, непосредственно вызванным психосоциальными факторами, так и к тем кризисам, в основе которых лежат опасные соматические заболевания, ведущие к изменениям психосоциальной ситуации человека. Мы придерживаемся той точки зрения, что соответствующие психотерапевтические воздействия (модифицированное кризисное вмешательство) могут эффективно применяться и в случае соматических заболеваний.

б) *Когнитивные теории и теории преодоления трудных жизненных ситуаций.* Человек, оказавшийся в кризисной ситуации, предпринимает различные меры, чтобы справиться с трудностями, преодолеть их. От их эффективности зависит успех или неудача в преодолении кризиса. Успех может вести к прогрессу, формировать у человека способность успешно справляться с кризисами и в будущем . (Ницше писал: "То, что тебя не убивает, делает тебя сильнее".)

В ходе кризиса привычные формы преодоления трудностей дополняются новыми, необходимость в которых вызывается сложившейся ситуацией. Окружение (семья) может быть важным ресурсом поддержки человека в кризисной ситуации. Как показывают проведенные исследования, большинство людей располагает обширным репертуаром способов преодоления кризисных ситуаций и выбирает их в зависимости от характера кризиса. При заболевании раком, например, применяется примерно 10 различных форм преодоления ситуации болезни.

В многочисленных исследованиях изучались различия между адекватными и неадекватными формами преодоления кризиса. Как правило, наиболее адекватной считается активная, предусматривающая энергичные действия стратегия преодоления, которая одновременно помогает понять кризис в его контексте, обеспечивает достаточную поддержку (социальную и со стороны семьи), а также позволяет человеку выражать свои чувства и принимать то, что невозможно избежать.

Неблагоприятными, напротив, считаются пассивность, покорность, смирение, сочетающиеся с самообвинениями и обвинениями других людей. Такая позиция не позволяет осуществить адекватную проработку порожденных ситуацией чувств или ведет к отрицанию наличия проблем уже на первой стадии кризиса.

НАГРУЗКА ЦЕЛЬ: АДАПТАЦИЯ

http://koob.ru

успех неудача

смягчение

КОУПИНГ

профилактика реадаптация

РЕСУРСЫ

— внутренние (личность)

— внешние (внешняя среда)

Рис. 5. Схематическое изображение кризисной ситуации

Все упомянутые факторы, стрессоры, ресурсы, формы преодоления и последствия кризиса образуют динамическое равновесие. Этот процесс протекает не прямолинейно, его ход лучше всего может быть выражен в виде круга. На рис. 5 в упрощенном виде изображено взаимодействие различных факторов во время кризисной ситуации. Из рисунка следует, что в процесс решения кризисной ситуации должна быть включена и поддержка извне (например, осуществляемая профессионально психотерапевтическая интервенция). Индивид может с успехом оказывать сам на себя воздействие, подобное тому, какое в ходе психотерапии оказывает на него психотерапевт. Но в случае настоящего кризиса такой естественный способ саморегуляции не срабатывает. Тогда задача психотерапевта заключается в том, чтобы соответствующим образом поддерживать процессы коупинга и преодоления кризиса, поощряя попытки пациента использовать с этой целью адекватные средства и стимулируя использование новых, обещающих успех форм преодоления кризиса.

Психотерапевтическая интервенция во время кризиса (кризисное вмешательство). Успех кризисного вмешательства в значительной мере зависит, как уже говорилось, от позиции психотерапевта. Психотерапевт должен верить в эффективность вмешательства, направленного на достижение поставленной цели. Решающим при этом является не диагноз, который ставят пациенту, а оценка данного кризиса. С самого начала устанавливается время, на протяжении которого будет осуществляться кризисное вмешательство. Как правило, речь идет о 4-6 сессиях, проводящихся в течение 1-2 месяцев, не более. От рассмотрения проблем, не связанных с кризисом, временно придется отказаться. Ведь цель кризисного вмешательства заключается в том, чтобы как можно скорее хотя бы восстановить прежнее равновесие. Однако, как правило, состояние пациента стремятся улучшить по сравнению с тем, в каком он был перед кризисом. Для решения этой задачи психотерапевтический процесс следует осуществлять активно, гибко, целенаправленно. Можно также прибегнуть к помощи "третьих лиц" — родственников, знакомых пациента.

1. Установление устойчивых психотерапевтических отношений

Начиная работу с пациентом, находящимся в психосоциальном кризисе (особенно при соматических заболеваниях), иногда трудно рассчитывать на его благоразумие. Реакция такого пациента, когда его направляют к психотерапевту, обычно бывает сдержанной, а в ряде случаев и отрицательной. Вот почему следует особенно тщательно строить рабочие отношения. С самого начала пациент должен быть поставлен в известность о том, что содержание всех его бесед с психотерапевтом сохраняется в тайне.

П р и м е р п а ц и е н т к и П. Когнитивные функции 28-летней пациентки П., которая покушалась на самоубийство с помощью барбитуратов и транквилизаторов, сначала были весьма ограниченны. Ей приходилось снова и снова объяснять смысл и цель беседы с психотерапевтом.

П р и м е р п а ц и е н т а С. Реакции 21-летнего студента юридического

факультета С. после операции на головном мозге (удаление опухоли) первоначально свидетельствовали о депрессии. Он очень критически относился к, как он выразился, "психологизации" своей болезни. Лишь после того, как он смог согласиться с тем, что его реакция частично была следствием лечебного воздействия, которому он подвергся в связи с соматическим заболеванием, стали возможны дальнейшие беседы с ним.

2. Анализ проблемы

Многие пациенты не осознают разницу между подоплекой кризиса и факторами, непосредственно вызывающими его. Охваченные эмоциями, они часто бывают неспособны воспринимать деловую информацию. Вот почему четкий анализ проблемы бывает одним из первых решительных шагов к преодолению кризиса, и часто способствует существенному улучшению состояния пациента. В то же время активный и целенаправленный подход к проблемной ситуации является психотерапевтическим средством, порождающим у пациента веру в прозорливость и компетентность психотерапевта.

2.1. Анализ ситуации

Как правило, **общий жизненный кризис** с преимущественно **психическими нарушениями** может быть охарактеризован как проблема отношений. Вот почему важно бывает в первую очередь получить представление об отношениях пациента, а затем выяснить, что было подлинной причиной кризиса и что его спровоцировало. При этом часто оказывается, что, например, при попытках самоубийства кризис назревал уже давно, но пациент не видел надвигавшейся опасности. В этой связи становится понятным, что иногда относительно малозначащие события, как, например, очередной крах супружеских отношений или очередное разочарование на работе оказываются достаточными для того, чтобы спровоцировать сильный кризис. Вот почему важной частью каждого кризисного вмешательства бывает выяснение закулисной стороны событий в жизни пациента. В то же время разъяснение пациентам обстоятельств их жизни в большинстве случаев весьма благоприятно сказывается на состоянии большинства из них.

П р и м е р п а ц и е н т к и П. В основе проблемы упоминавшейся уже выше пациентки П лежал продолжавшийся свыше года и сопровождавшийся кризисами брак с алкоголиком. Пациентка постоянно старалась склонить мужа к воздержанию от употребления спиртных напитков. После провала очередной попытки воздержания муж неожиданно оставил пациентку и их годовалого ребенка, что вызвало у пациентки панику и отчаяние. После долгих колебаний пациента предприняла, как уже говорилось, серьезную попытку самоубийства.

При **соматических заболеваниях** совместно с пациентом выявляются психосоциальные нагрузки, справляться с которыми ему бывает особенно тяжело. Лишь в исключительных случаях в начале обсуждаются те проблемы из истории жизни пациента, которые не имеют отношения к болезни. В тех случаях, когда очевиден субъективизм интерпретаций пациента, необходима соответствующая доработка.

При психических нарушениях психотерапевта в первую очередь интересует, разумеется, настроение пациента и оценка им самим своего состояния, а объективные последствия болезни часто рассматриваются здесь лишь во вторую очередь.

При соматических болезнях подход чаще всего бывает совершенно другим: врача (ориентирующегося обычно на естественно-научную модель болезни) интересует прежде всего состояние физическое состояние пациента. Интерес же к его личности отходит на задний план. Такой подход препятствует контакту с теми пациентами, которые переживают свою болезнь как кризис.

П р и м е р п а ц и е н т а С. Уже упоминавшийся пациент С. был очень обижен тем, что ему не смогли сразу поставить правильный диагноз. (Диагностировали то опухоль головного мозга, то нервное заболевание). В результате его отношение к врачам и обслуживающему персоналу стало весьма скептическим. Продолжительное пребывание его в больнице привело к разрыву отношений с подругой, что усугубило его тяжелое

состояние. Парадоксальным образом большое значение он придавал "овеществлению", как он выразился, своей болезни, надеясь, что признание его заболевания соматическим вызовет более серьезное отношение к нему. Больше всего он опасался того, что опухоль может ограничить его возможности в умственной деятельности и/или скажется на его поведении, что серьезно отразилось бы на его учебе.

2.2. Анализ преодоления кризиса

Приступая к определению проблемы прежде всего следует выяснить, каким образом пациент пытался решать свои проблемы до настоящего времени. Мы исходили из того, что попытка преодоления кризиса может в общем пониматься как решение проблемы. Поэтому следует внимательно рассмотреть способы, какими пациент в прошлом пытался преодолевать кризисы. К каким из этих способов он прибегал обычно, а к каким время от времени? Следует также выявить ресурсы пациента, такие как успешные в прошлом попытки преодоления кризисов и его социальные связи. Мы предлагаем составлять списки тех способов преодоления кризисов, к которым прибегают пациенты. Помочь в этом может приводимый в приложении образец ("Бернский список способов преодоления кризисных ситуаций").

П р и м е р п а ц и е н т к и П. В течение предшествовавшей кризису недели госпожа П. испытывала психическую напряженность, справиться с которой она пыталась замыкаясь в себе ("самоизоляция"), размышляя о своем браке без принятия какого-либо решения ("мыслительная жвачка"). Время от времени она обрушивала свое раздражение на маленького сына ("разрядка гнева") или объедалась сладостями ("компенсация"). Эти мало эффективные способы преодоления кризиса предстояло заменить активными и прогрессивными методами.

П р и м е р п а ц и е н т а С. Этот студент, изучавший юриспруденцию, прежде старался выглядеть человеком с сильным характером ("сохранение самообладания"). Если он приходил к каким-либо неприятным выводам, то старался не допускать их в свое сознание ("игнорирование действительности"). Лишь с одним своим знакомым, психологом по профессии, направившим его на психотерапию, он пытался быть откровенным, что давало ему на какое-то время облегчение ("обращение за поддержкой", "эмоциональная разрядка").

3. Определение проблемы

Как уже говорилось, люди в состоянии кризиса, вызванного соматическими или психическими причинами, часто бывают неспособны найти подходящие слова для описания своей проблемной ситуации. В ходе работы с пациентом психотерапевт стремится к тому, чтобы ситуация была изложена понятными ему словами.

П р и м е р п а ц и е н т к и П. Госпожа П. сообщила: "До настоящего времени я была поглощена идеей сохранения партнерских отношений со своим мужем-алкоголиком. В результате я взяла на себя непомерно тяжелую ношу и его крах считала своим поражением. Теперь я хочу больше внимания уделять себе и позаботиться о своей жизни, а прежде всего о своем маленьком ребенке".

П р и м е р п а ц и е н т а С. Упоминавшийся уже студент-юрист дал следующее описание своей ситуации: "В результате понесенных мною потерь я чувствую, что мне угрожает опасность, и это меня сковывает и угнетает. Я хотел бы попытаться активно заняться тем, что можно изменить, а тому, что представляет опасность, поставить заслон".

4. Формулировка цели

В зависимости от значимости проблемы и области, к какой она относится, цели могут быть различными. Совместная разработка реалистических представлений о цели составляет часть процесса коупинга.

Нередко для этого сначала бывает необходимо преодолеть искаженное восприятие пациентом ситуации болезни. Бывает и так, что пациент ставит перед собой такие цели (касающиеся, например, его будущих социальных функций), которые, как показывает объективная врачебная оценка, не могут быть признаны осуществимыми. Важно, чтобы

намечаемые цели были реалистическими и достижимыми в обозримом будущем. С самого начала психотерапевтического процесса должна осуществляться стратегия малых шагов. Она заключается в том, что мы стараемся немедленно использовать в психотерапии все новые получаемые или осознаваемые данные.

В обоих приводимых ниже примерах одновременно с определением проблемы ставилась цель. Следующий шаг заключается в том, чтобы наметить осуществимые на практике шаги. Пациент должен понимать, что ему следует делать и быть в состоянии осуществлять намеченное.

П р и м е р п а ц и е н т к и П. Предполагалось, что определению проблемы и постановке цели будет посвящена вторая сессия, но пациентка опередила ход событий. После первой сессии она обратилась к своему отцу ("обращение за поддержкой"), и благодаря его посредничеству состоялся ее разговор с мужем ("поиск выхода из сложившейся ситуации"), не принесший, впрочем, ожидаемых ею результатов. Тогда она пришла к выводу, что теперь ей прежде всего следует найти работу. Затем ей предстояло устроить сына в хорошее детское учреждение и тем самым обрести большую самостоятельность ("анализ проблемы"). Она осознала также, что за последние месяцы утратила контакт со своими старыми друзьями и ей предстоит восстановить эти связи ("обращение за поддержкой", "осмысление").

П р и м е р п а ц и е н т а С. Господин С. с благодарностью принял предложение провести совместную сессию с наблюдающим его неврологом в надежде, во-первых, уяснить для себя картину болезни и, во-вторых, улучшить сотрудничество с ним ("поиск выхода из сложившейся ситуации", "анализ проблемы"). Он осознал также, что ему предстоит справиться с утратой своей подруги и поэтому желательно было бы установить новые социальные контакты ("принятие", "обращение за поддержкой").

5. Проработка проблемы — новые подходы к процессу преодоления кризиса

Было бы ошибкой полагать, что определение проблемы будет сразу же полностью принято и усвоено пациентом. Как и в ПО-терапии, нам предстоит снова и снова возвращаться к ней, устанавливать конкретные шаги, ведущие к намеченной цели. Тогда больному будет видно, какие из его проблем уже решены, а какие еще предстоит решить. Помня о том, что наша первоочередная задача — активное преодоление кризиса, на основании происходящих изменений мы сможем сделать вывод о том, какие приемы преодоления кризиса "работают", а какие с точки зрения психотерапевта не подходит. Если методы, используемые для преодоления кризиса, оказываются неэффективными, следует рассмотреть другие способы поведения и мышления. Активный подход к преодолению кризиса требует также проверки на практике возможности и способов осуществления намеченных шагов. Чтобы предотвратить образование зависимости пациента от психотерапевта, следует также выяснить, кто из близких пациенту людей сможет оказать ему поддержку и какую. Многочисленные наблюдения показали, что чем больше социальной поддержки, тем легче бывает преодолевать кризис людям, такую поддержку получающим. Создание хорошей сети социальных отношений также способствует, таким образом, профилактике новых кризисов.

П р и м е р п а ц и е н т к и П. В ходе продолжавшейся четыре часа психотерапевтической работы по преодолению кризиса рассматривался комплекс проблем, который можно было бы назвать "брак с алкоголиком". В прошлом пациентка постоянно считала, что должна быть великодушной, стойкой и терпеливой хозяйкой. Между тем такая позиция лишь провоцировала ее мужа-алкоголика на пьяные эксцессы, от которых она страдала.

Лишь в ходе беседы с психотерапевтом она пришла к выводу, что теперь ей предстоит взять на себя большую ответственность за саму себя и ребенка. Тогда она начала все больше и больше отдаляться (сначала внешне, затем также внутренне) от своего мужа. Она проконсультировалась у юриста по вопросам, связанным с ее возможным разводом ("решение проблемы") и начала целеустремленно искать вакантное

место секретаря, чтобы устроиться на работу. Она стала регулярно общаться со своей соседкой, очень хорошо понимавшей ее. Ей удалось договориться с ней об уходе за ее маленьким мальчиком, что очень облегчило ее ситуацию ("эмоциональная разрядка", "обращение за поддержкой").

Психосоциальные кризисы в ходе хронической соматической болезни могут в зависимости от обстоятельств или быстро проходить, или затягиваться на длительное время. Паника, испытываемая первоначально человеком, перенесшим инфаркт, может перейти в опасное состояние, когда человек чувствует себя обреченным. Следует иметь в виду, что разные ситуации требуют различных подходов к их решению, и что разные пациенты нуждаются в различных способах преодоления своих трудностей.

П р и м е р   п а ц и е н т а С. В ходе шести сессий, проведенных на протяжении двух месяцев, психотерапевту удалось создать у пациента реалистичное представление о своей болезни ("анализ проблемы"). После этого пациент был в значительно большей мере готов к сотрудничеству с лечившим его неврологом ("поиск выхода из сложившейся ситуации", "пассивное сотрудничество"), хотя ему и предстояло научиться жить в ситуации неопределенности ("принятие судьбы, стоицизм"). В ходе проработки ситуации разрыва с подругой у пациента удалось вызвать состояние катарсиса ("эмоциональная разрядка"). И несмотря на вызванный болезнью перерыв в занятиях, пациент обрел все же уверенность что сможет справиться с учебной программой ("оптимизм", "повышение самооценки").

6. Вторичное обследование

Важным элементом психотерапевтической интервенции, осуществляемой в условиях **общего жизненного кризиса**, бывает последовательность в работе по достижению поставленных целей (обычно весьма ограниченных).

Чаще всего проводится от 4 до 6 сессий. Но пациент испытывает большое облегчение, узнав, что через 3 и/или 6 месяцев ему предстоит контрольная встреча с психотерапевтом. На ней возвращаются к причине и ходу кризиса и рассматривают развитие ситуации за истекшее время. Само собой получается, что при этом в центре внимания оказывается хорошее, а различные патологические реакции игнорируются. Лишь в том случае, если они бывают настолько сильными, что пациент вновь нуждается в лечении, следует обсудить новый план психотерапии. В таких случаях чаще всего выявляется, что или пациент во время кризиса нуждался в значительно более энергичном вмешательстве, чем первоначально предполагалось, или что Я-функции, от которых зависела проработка кризиса, оказались слабее, чем казалось. Понятно, что при показаниях к новому психотерапевтическому вмешательству следует обратиться к ПО-терапии, строящейся на схожих принципах. При определенных обстоятельствах оказывается, однако, что углубленную ПО-терапию целесообразно начинать сразу же после завершения кризисного вмешательства. Показания для этого те же, что приводились выше (см. гл. 6 и 7).

П р и м е р   п а ц и е н т к и П. В результате контрольной встречи, проведенной спустя 4 мес. после завершения психотерапии, выяснилось, что свою ситуацию госпожа П. оценивала как хорошую, и что она окончательно рассталась с мужем. Она была довольна своей работой, ребенка она устроила в одну многодетную семью. Ей была предоставлена возможность проводить в этой семье выходные дни.

Следующее обследование, проведенное через 2 года, показало, что ей удалось хорошо справиться с кризисом, наступившим было в связи с состоявшимся за это время разводом. Ситуация пациентки оставалась стабильной и дополнительного вмешательства не требовалось.

При тяжелых соматических заболеваниях цели психотерапии бывают иными, чем в случаях пациентов с психологическими проблемами, когда психотерапевтические цели бывают связаны чаще всего с определенными межличностными отношениями и предполагают личностный рост. При соматических заболеваниях цели психотерапии

обусловливаются ходом болезни. Так, при усилении симптомов болезни психотерапевтические сессии проводятся чаще. В периоды относительного улучшения состояния соматических больных их мотивация к занятиям с психотерапевтом в большинстве случаев ослабевает. Такое может объясняться как действительной стабилизацией состояния больного, так и выражением его желания (вполне, впрочем, оправданного) не ухудшать относительно хорошего самочувствия разговорами о болезни. Это обстоятельство требует от психотерапевта творческого подхода. Он должен соответствующим образом регулировать интенсивность психотерапевтических контактов с пациентом (частота сессий, выбор дистанции, на которой осуществляется общение).

Пример пациента С. Хотя ко времени завершения кризисного вмешательства и психотерапевт, и пациент были убеждены в том, что теперь болезнь преодолена, они договорились, что в случае возникновения нового кризиса пациент обратится к психотерапевту за помощью. Он сделал это тремя годами позже, когда в ходе обследования с помощью контрастной диагностики у него были выявлены осложнения, а субъективно он испытывал головокружение и головные боли. Пациента охватило чувство тревоги, ведь никто не ожидал возможности осложнений и не считал серьезными ранние симптомы его новой болезни, как это было и при первичном заболевании. Он вновь обратился к психотерапевту. Спустя еще год было выявлено еще одно тяжелое осложнение ятрогенного происхождения: в результате проводившейся в свое время интенсивной лучевой терапии, включавшей облучение всего спинного мозга, у него развился синдром Брауна-Секварда с прогрессирующим параличом. В конце-концов пациент оказался вынужден пользоваться инвалидной коляской. Психосоциальные последствия болезни оказались тяжелыми и разнообразными, что обусловило выбор пациентом способов адаптации к новым условиям. Эти способы были рассмотрены им совместно с психотерапевтом в ходе психотерапии и подвергнуты в тех случаях, когда это было возможно, модификации. Так что несмотря на радикальным образом изменившиеся условия жизни пациента, удалось помочь ему сохранить относительное эмоциональное равновесие и поддержать его в стремлении научиться жить со своими дефектами.

Ниже приводятся фазы кризисного вмешательства.

1. Установление психотерапевтических отношений:

♦ констатация существования кризисной ситуации,

♦ обсуждение условий проведения психотерапевтических сессий (место проведения, продолжительность, участвующие лица).

2. Анализ проблемы

2.1. Анализ ситуации:

♦ объективная ситуация ("здесь и сейчас"),

♦ субъективная ситуация.

2.2. Анализ механизмов, с помощью которых пациент справляется с ситуацией, преодолевает ее:

♦ обычно применяемые,

♦ применяемые в кризисных ситуациях,

♦ связанные с ресурсами, какими располагает пациент.

3. Определение проблемы:

♦ четкая и понятная формулировка проблемы,

♦ механизмы коупинга: неадекватные и адекватные.

4. Определение цели:

♦ повторный анализ коупинга,

♦ предвидимые достижимые цели,

♦ новые способы коупинга.

5. Проработка проблемы модификации коупинга:

♦ активное применение в реальных условиях,
♦ использование социального окружения,
♦ перспективные планы.
6. Вторичное обследование в случае нового кризиса:
♦ в случае необходимости повторное определение проблемы,
♦ анализ преодоленного кризиса,
♦ определение новых проблем и цели,
♦ перспективные планы.

Использование основных принципов ПО-терапии в психотерапевтических интервенциях в условиях кризиса (при кризисных вмешательствах):

♦ ПО-терапия, как говорит само название, ориентирована на проблему.

Понимать это следует так: существует какая-то проблемная ситуация, поддающаяся описанию. В ней следует разобраться, а затем преодолеть.

Кризисное вмешательство предполагает наличие кризиса, а тем самым и проблемы. С этим фактом связано его теоретическое и прагматическое обоснование;

♦ ПО-терапия является ориентированной на пациента: при планировании стратегии решения во внимание принимается субъективное описание пациентом проблемы и цели. Подобным же образом при кризисном вмешательстве анализируется понимание пациентом самого себя в условиях кризиса. Оцениваются и привычные для пациента, и новые, связанные с вновь возникающими ситуациями, формы преодоления кризисов. Также оценивается и основывающееся на его субъективной теории болезни поведение, посредством которого он до настоящего времени пытался решить стоящую перед ним проблему.

♦ ПО-терапии присущ эклектицизм. Это означает, что ПО-терапия не связана с какой-либо единственной школой психотерапии. При осуществлении ПО-терапии находят применение различные элементы психотерапии (факторы психотерапевтического воздействия), их выбор определяется характером проблемы пациента. При возникновении кризисных ситуаций пациент пытается сам справиться с кризисом, выступая в роли спонтанно возникающего фактора воздействия. Рассмотренные нами примерно 300 форм преодоления кризиса (см. Приложение) также не связаны с какими-либо школами или методами, но хорошо соотносятся с методами, предлагаемыми нами.

♦ ПО-терапия структурирована и ограничена во времени. Как правило эта краткосрочная психотерапия требует 15-20 ч и четко подразделяется на отдельные логически связанные друг с другом этапы. То же самое, только в еще более выраженной форме, имеет место при кризисном вмешательстве, осуществляемом за 4-6 психотерапевтических сессий.

В свете последних достижений психотерапии сходство между ПО-терапией и кризисным вмешательством не может вызвать удивления. Во "Введении" мы уже говорили, что для современной — ИНТЕГРАТИВНОЙ — психотерапии характерно стремление собрать в рамках одной оригинальной, логически стройной концепции различные, применяемые в соответствующих ситуациях, методы. Сказанное относится как к ПО-терапии, так и к кризисному вмешательству.

11. ПО-ТЕРАПИЯ КАК ДИДАКТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Мы разрабатываем ПО-терапию не только как психотерапевтическую, но и как дидактическую концепцию. Предполагалось, что научиться ПО-терапии смогут психотерапевты самого разного уровня — от новичков до специалистов, прошедших подготовку в рамках той или иной психотерапевтической школы. Эта глава покажет

преподавателю ПО-терапии, как он сможет помочь менее опытному психотерапевту усовершенствоваться в ведении психотерапевтического процесса. В ходе этого процесса он будет использовать уже имеющийся у него неспецифический опыт для установления психотерапевтических отношений с пациентом и проведения с ним разъяснительной беседы. Затем совместно добиваться осуществления совместно намеченной цели. Опытному психотерапевту преподаватель ПО-терапии может помочь целенаправленно применять эту концепцию с учетом особенностей пациента и его проблемы, используя при этом уже имеющиеся у него навыки вести психотерапевтическую работу.

Четыре приводенныеые ниже основные особенности концепции ПО-терапии служат и основополагающими целями обучения.

11.1. Дидактические цели по-терапии

11.1.1 Ориентированность на пациента

Здесь ставятся следующие **дидактические цели**:

Психотерапевту предстоит научиться:

1) *понимать субъективную трактовку* пациентом своей проблемы;

2) активно *побуждать пациента (создавать у него мотивацию)* к прохождению психотерапии:

3) вести психотерапию *активно*;

4) выработать у себя установку на установление *партнерских отношений* с пациентом, делающих возможным осуществление психотерапевтического процесса.

С дидактической целью учащемуся задаются следующие вопросы (затем он начинает задавать их себе сам):

— Как строит психотерапевт партнерские отношения с пациентом? Думает ли он, что должен знать все? Может ли он признаться себе и пациенту в том, что его возможности ограничены? Не прикрывается ли он "интерпретациями", не занимает ли "позицию невмешательства"? Способен ли он откровенно, без недомолвок отвечать на вопросы пациента? Может ли он дать пациенту информацию по интересующим того вопросам?

— Как говорит психотерапевт? Не злоупотребляет ли он "научным" языком? Может ли он приспособиться к особенностям социально-культурной среды пациента, избегая при этом проявлений своего превосходства?

Достаточно ли ясно выражается психотерапевт?

— В состоянии ли психотерапевт воспринять важные для пациента устремления и объяснения, и на основании этого прийти к общему с пациентом пониманию проблемы?

— Обладает ли психотерапевт мышлением достаточно гибким, чтобы использовать свои теоретические знания в качестве определенных ориентиров в работе, без того, однако, чтобы они мешали его взаимодействию с пациентом.

— Может ли психотерапевт согласиться с субъективной трактовкой ситуации пациентом? Стремится ли психотерапевт к тому, чтобы пациенту был понятен смысл их совместной работы?

Помочь может использование вопросника (см. Приложение), который имеет два варианта: один — для психотерапевта, а второй — для пациента. Руководствуясь вопросником психотерапевт после завершения сессии может записать свои впечатления о проделанной им работе, пациент — дать свои ответы на те же вопросы. Этот инструмент может служить вспомогательным средством для текущего контроля и исследований.

Следующие позиции Вопросника имеют отношение к ориентированности психотерапевта на пациента:

— Я спросил пациента, как мы вместе могли бы заняться его проблемой.

— У меня сложилось впечатление, что я понимаю пациента.

— Я объяснил пациенту, как мы работаем и обрисовал ему ход психотерапии.

— Я предложил пациенту подумать о возможных объяснениях возникновения его проблемы.

11.1.2. Ориентированность на проблему

Речь здесь идет о том, чтобы четко обозначить сроки психотерапии и в ходе работы постоянно помнить о выбранной проблеме.

Сознательное ограничение одной проблемой (см. разд. 3.1.) и в этой связи постановка ограниченной реалистичной цели имеет то дидактическое преимущество, что психотерапевтический процесс становится "прозрачным". Создается ориентированность на целенаправленную работу и становится возможным достижение успехов, которые, даже если они и невелики, укрепляют веру в себя обоих участников психотерапии. Кроме того "ориентированность на проблему" означает, что в центре психотерапевтической работы отказываются конкретные проблемы пациента, а не теории психотерапевта.

Дидактические цели:

с самого начала психотерапевт учится:

— постоянно помнить о тематической и временной ограниченности психотерапии;

— конкретизировать проблему пациента;

— давать определение проблемы (см. разд. 5.4.);

— обращать внимание на то, что проблема может измениться, так что в случае необходимости может быть дано новое определение проблемы.

Использование "Вопросника" (см. Приложение) позволит как преподавателю, так и психотерапевту обратить внимание на следующие положения:

— Я обсуждал с пациентом имеющиеся возможности подхода к его проблеме и поиска решений.

— Мы обсуждали влияние проблемы на отношения пациента с другими людьми.

— Мы пытались выявить взаимосвязь между имевшими место в прошлом в жизни пациента событиями и его сегодняшним поведением.

— Мы пытались установить, какая из проблем является самой важной.

— Мы говорили о том, как после окончания психотерапии пациент сможет самостоятельно работать над своей проблемой.

Такой самоконтроль позволяет психотерапевту увидеть, насколько он, будучи ориентированным на пациента и проблему, поступает в соответствии с индуктивным методом. Этим наш подход существенно отличается от других направлений психотерапии, ориентированных преимущественно на дедукцию. Не только начинающему, но и опытному психотерапевту следует избегать опасности, заключающейся в том, что он, исходя из известных ему теорий, конструирует псевдопроблему, которую затем приписывает пациенту.

11.1.3. Плюрализм методов

Независимость концепции ПО-терапии от различных школ психотерапии имеет то дидактическое преимущество, что использовать эту концепцию могут психотерапевты, относящиеся к самым различным школам.

Начинающему кажется, что плюрализм методов порождает большие трудности. Он исходит из того, что простые правила "если, то" дают ему необходимую безопасность. При этом он упускает из виду большую вероятность ошибок, так что безопасность в данном случае бывает лишь кажущейся.

Опасность "хаоса методов" устраняется структурированностью ПО-терапии и четко сформулированными показаниями к ней (см. гл.5). Психотерапевт ничем не ограничен в выборе методов, а концепция ПО-терапии даже требует от него объединения,

интеграции в своей работе различных методических подходов, выбор которых обусловливается особенностями проблемы, а также согласием и способностями пациента. Плюрализму методов можно учить с самого начала.

Дидактические цели:

— Психотерапевт расстается с иллюзорным представлением о существовании "единственного правильного метода психотерапии".

— У психотерапевта создается представление о ПО-терапии как о наборе различных методов психотерапии, использование которых в различных сочетаниях может вести к достижению одних и тех же целей.

— Психотерапевт приходит к убеждению, что при выборе методов следует принимать во внимание особенности *психотерапевта, пациента и методов*, не упуская при этом из виду поставленную *цель*.

— Психотерапевту становится очевидной опасность полипрагматизма — подхода, при котором в работе с пациентом игнорируются теоретические или стратегические соображения, исключается поиск причин и взаимосвязей его проблем.

— Психотерапевт учится применять многочисленные методы *психотерапии одновременно* и *интегрировать* их.

Дидактическая помощь.

После того, как сформулирована проблема, предстоит выбрать методы (см. гл.7).

— Какие методы здесь вообще подходят, пусть даже и в ограниченной мере? Какие достоинства и недостатки могут иметь эти методы?

— Как их применять: одновременно или последовательно?

— Подходят ли рассматриваемые методы данному психотерапевту? ПО-терапевт приходит к пониманию того, что психотерапия представляет собой *эвристический процесс*, в ходе которого при совместном поиске решений проблемы следует найти также необходимые средства (методы).

При этом можно задать следующие вопросы:

— Достаточно ли разбирается психотерапевт в возможности применения различных методов?

— Разрабатывает ли он творческую концепцию использования методов в решении данной проблемы?

— Учитывает ли он при этом также свои возможности и их пределы?

11.1.4. Структурирование

Хотя, вообще говоря, при краткосрочной психотерапии к способностям и опыту психотерапевта предъявляются более высокие требования, чем при так называемой долгосрочной психотерапии, наш опыт свидетельствует о том, что начинающему психотерапевту труднее бывает работать в случае неструктурированной психотерапии, срок завершения которой не устанавливается заранее. Мешает отсутствие структуры. Поэтому при обучении ПО-терапии особое значение придается *четкому структурированию процесса психотерапии*. Сознательное установление определенных сроков способствует более реалистическому отношению пациента и психотерапевта к происходящему. Ограничение психотерапии 20 сессиями при обучении имеет то преимущество, что весь психотерапевтический процесс занимает обозримый период времени. Тем самым становится возможным научиться начинать психотерапию, строить и поддерживать конструктивные психотерапевтические отношения, а также завершать процесс. Представленный в гл. 5 поэтапный план отображает как временной параметр (горизонтальная ось) психотерапии, так и ее основной принцип (вертикальная ось).

Сказанное относится и к завершению психотерапии, которому в ПО-терапии уделяется исключительное внимание. Часто в психотерапии большое значение придается первой сессии, динамика же завершения психотерапии упускается из виду. В таком случае

обучающийся уподобляется шахматисту, который владеет дебютами, но не знаком со стратегией игры в эндшпиле.

Дидактические цели:

— Психотерапевту становится понятно, что психотерапевтическому процессу присуща определенная структура.

— Психотерапевт осознает, что ограничение времени и содержания психотерапии требует от него высокой активности, и приходит к пониманию того, что время автоматически не приносит с собой решения проблемы.

— При планировании психотерапевтических мероприятий психотерапевт принимает во внимание имеющееся в его распоряжении время.

Полезны при этом могут быть следующие вопросы:

— "Чего мы оба можем попытаться добиться за 20 сессий?".

— "В какой фазе психотерапии мы сейчас находимся?"

— Может ли психотерапевт установить, в какой фазе находится психотерапия?

— Как он оценивает ход психотерапии с учетом приближающегося ее завершения?

— Что уже достигнуто, что еще предстоит сделать?

— Следует ли определение проблемы привести в соответствие с имеющимся в распоряжении психотерапевта временем?

— Способен ли психотерапевт отличать существенное от несущественного и применяет ли он принцип структурирования в отношении самого себя? Как он устанавливает границы своих возможностей и структурирует свое время?

— Как он подходит к решению проблемы завершения психотерапии?

11.2. Как строится подготовка ПО-терапевтов

Нельзя научиться ПО-терапии, только читая учебники. Специальные навыки, необходимые психотерапевту, можно приобрести в ходе обучения лишь выполняя с помощью оказывающего поддержку специалиста определенные психотерапевтические приемы. Концепция ПО-терапии предусматривает ориентированность на проблему и пациента; соответственно в учебном курсе ПО-терапии следует сохранять ориентированность на проблемы и проходящих обучение психотерапевтов. А это значит, что следует принимать во внимание конкретные "проблемы" каждого из психотерапевтов, трудности, которые каждый из них испытывает, чтобы (как и в работе с пациентами) оптимально использовать имеющиеся ресурсы, а затем постепенно увеличивать их. Добиться этого можно только в атмосфере взаимного доверия, солидарности и поддержки. Как показывает наш опыт, для этого хорошо подходят маленькие закрытые учебные группы с супервизорством, тщательно осуществляемым как опытным супервизором, так и самими членами группы.

Основной принцип подготовки ПО-терапевтов заключается в том, что **обучение с использованием модели** осуществляется параллельно с так называемым **"наблюдением в роли участника"** и выполнением обучающимися **психотерапевтических приемов** с помощью оказывающего им поддержку консультанта. Обучение проходит в маленьких группах. Каждая группа состоит из четырех учащихся, психотерапевтический опыт которых чаще всего бывает весьма различен, и супервизора.

Обучение продолжается около года.

За это время осуществляются четыре курса психотерапии, так что каждый участник группы имеет возможность один курс провести самому, а в трех других принять участие в роли наблюдателя, располагающегося за оконным стеклом, обеспечивающим видимость лишь в одном направлении. Непосредственно перед каждой психотерапевтической сессией, продолжающейся 45 мин, проводится краткое предварительное обсуждение и сразу же после сессии — получасовое заключительное обсуждение. Так становится возможным непрерывное супервизорство, осуществляемое в виде прямого наблюдения.

Мы выбрали такую схему организации обучения потому, что она особенно подходит для тех, кто делает в психотерапии первые шаги. При такой форме супервизорства группа наблюдателей и супервизор следят за всем процессом психотерапии. Это позволяет в ходе заключительного обсуждения отмечать положительные психотерапевтические действия и тем самым **укреплять имеющиеся у учащихся психотерапевтические ресурсы**. Если супервизорство не ограничивается коррекцией действий учащихся, то возрастает вера психотерапевта в себя и эффект обучения повышается. При обычных формах непрямого супервизорства часто внимание уделяется лишь проблемным или кризисным аспектам психотерапии, что иногда обескураживает начинающих.

Мы используем также видеозаписи подлинных жизненных ситуаций, что оживляет учебный процесс и особенно способствует активизации наблюдающей группы. Ее члены, участвуя в заключительной дискуссии, могут оказывать прямое воздействие на ход учебного психотерапевтического процесса и брать на себя ответственность за него. Это создает динамику группы, в результате чего учащийся, первоначально занимавший позицию наблюдателя — отчужденного и выступающего в роли критика — постепенно во все большей мере становится помощником психотерапевта, активно участвующим в процессе, помогающим психотерапевту и поддерживающим его. Тем самым создаются условия, при которых даже неопытный психотерапевт, ощущая свою защищенность, может проявить и расширить свои психотерапевтические возможности. Совместная дружная работа в группе позволяет кроме того каждому из ее участников поочередно выступать то в роли психотерапевта, то в роли наблюдателя. В результате такого чередования учения на собственной практике с учением с использованием наблюдаемой модели достигается одновременное развитие двух важных для психотерапевта качеств: во-первых, умение вступить в активное взаимодействие с пациентом, и, во-вторых, способность со стороны следить за ходом психотерапевтического процесса и в результате улучшать свое понимание взаимосвязи проблем и феномена переноса.

11.3. Отбор учащихся

Кандидатам с какими знаниями и предшествовавшим опытом мы отдаем предпочтение?

В нашей клинике подготовку в области ПО-терапии получают все те сотрудники, кто занимается **психотерапевтической работой**: психологи, врачи и социальные работники. Имеющийся уже у кандидата опыт работы в качестве психотерапевта является плюсом, но не служит необходимым условием прохождения курса подготовки ПО-терапевтов. Как правило, наши учебные группы бывают очень разнородными. Группы состоят из представителей различных профессий, а опыт прежней психотерапевтической работы учащихся бывает самым различным.

В учебных группах занимаются:

— младшие ординаторы, которые специализируются в психиатрии, имеют, как правило, опыт (1-2 года) работы с пациентами из отделения психиатрии. Иногда они уже имеют психотерапевтическую подготовку, полученную в той или иной школе психотерапии; если нет, они проходят такую подготовку одновременно с занятиями у нас;

— младшие ординаторы, которые специализируются в общей медицине, имеют опыт работы с пациентами, страдающими соматическими заболеваниями, и уже пытаются оказывать в ходе врачебных бесед помощь своим пациентам, имевшим психические и социальные проблемы;

— психологи, начинающие свою клиническую подготовку и обладающие теоретическими знаниями, полученными во время учебы. У них уже есть определенный опыт психотерапевтической работы, или же они проходят одновременно психотерапевтическую подготовку, ориентированную на то или иное направление в психотерапии.

— социальные работники, часть которых имеет многолетний опыт консультирования пациентов, испытывающих проблемы личного и социального характера.

— многие участники в прошлом посещали учебные семинары по различным направлениям психотерапии и там получили сведения по тем или иным приемам психотерапии.

Разнообразие опыта учащихся, входящих в учебные группы, постоянно порождает проблему поиска **общего языка**. В соответствии с концепцией ПО-терапии мы стараемся использовать язык, понятный как представителям различных профессий, так и пациентам**. Разнообразие взглядов и психотерапевтических подходов**, присущее участникам групп, оказалось весьма плодотворным фактором и соответствует содержащемуся в нашей концепции принципу **плюрализма методов.** Задача осуществляющих супервизорство и руководящих обучением лиц заключается в том, чтобы увидеть в этом многообразии психотерапевтические и дидактические ресурсы и суметь объединить их в рамках нашей концепции так, чтобы принести пользу пациенту. Вот почему мы избегаем бесполезных теоретических дискуссий на тему о том, какие из имеющихся путей лучше, а какие хуже. Руководитель группы должен позаботиться о том, чтобы в центре внимания учащихся всегда оставались совместно сформулированная проблема и субъективная теория болезни пациента как отправной пункт психотерапевтической работы, что позволяет участникам групп находить в ходе психотерапии общую линию поведения. Какую пользу приносит прохождение учебного курса ПО-терапии его участникам? Некоторые из них получают определенные знания и опыт, делающие возможным концептуальный подход к психотерапии и ее интеграцию, что позволяет им работать более успешно или расширить рамки своей психотерапевтической деятельности. Другие, особенно те, кто уже имеет опыт проведения долгосрочной психотерапии, находят в концепции ПО-терапии альтернативный подход, как нельзя лучше соответствующий потребностям многих пациентов и реалиям жизни. Те из учащихся, которые не имели прежде опыта психотерапевтической работы, получают, проходя курс ПО-терапии, основополагающие знания по психотерапии и затем, используя концепцию ПО-терапии, часто успешно работают психотерапевтами.

11.4. Подбор пациентов для учебного курса ПО-терапии

В ходе учебного курса осуществляется работа с широким кругом пациентов, из которого исключаются, однако, те пациенты, у которых имеются противопоказания к прохождению ПО-терапии, приведенные в гл. 7.

После первой консультации рассматривается вопрос о возможности использования ПО-терапии в данном конкретном случае. При этом мы исходим из следующего:

а) в тех случаях, когда проблемы пациентов касаются какой-то одной области их жизни и носят ограниченный характер, возможность применения ПО-терапии сомнений не вызывает.

б) в случаях пациентов со многими проблемами следует выяснить, согласны ли они в ходе психотерапии сконцентрироваться на одной, главной проблеме, и довольствоваться, таким образом, частичным решением.

в) если проблемы, с какими обращаются пациенты, существуют уже длительное время или являются хроническими, а также если проблемы обусловлены особенностями личности пациента, то следует рассмотреть следующие вопросы:

— можно ли решить данную проблему за то ограниченное время, какое отводится на психотерапию?

— можно ли в ходе психотерапии прибегнуть к таким стратегиям (разработав их или им научившись), которые позволили бы постепенно, за время, превосходящее отводимый на ПО-терапию срок, решить данную проблему?

— поддаются ли вообще проблемы пациента в данных условиях решению?

— не разумнее ли в данных конкретных условиях прибегнуть к ПО-терапии лишь для того, чтобы дать такое определение проблемы, которое побудило бы пациента обратиться к другим формам психотерапии — долгосрочной психотерапии, семейной психотерапии или психотерапии пар?

На основании ответов на приведенные в пункте "в" вопросы можно судить о том, показана ли ПО-терапия данному пациенту. Следует выяснить у пациента, согласен ли он на такое сужение цели психотерапии. Психотерапевту же следует подумать, позволит ли ему его профессиональный уровень работать с данным пациентом. Из такого рассмотрения взаимозависимости между показаниями к ПО-терапии и постановкой целей психотерапии становится очевидным, что существуют определенные границы применения ПОТ, и ПОТ-терапевты вполне отдают себе отчет в существовании таких границ. Признание этого факта отнюдь не свидетельствует об ущербности данной психотерапии. Напротив, отзывы как пациентов, так и психотерапевтов свидетельствуют о том, что постановка обозримых, строго очерченных задач ободряет обоих участников процесса психотерапии. Учащиеся, готовящиеся стать психотерапевтами, воочию убеждаются, что соответствующее реальным условиям ограничение целей не обедняет психотерапию, а делает работу с пациентом по решению его проблем более активной и интенсивной.

11.5. Указания по осуществлению ПО-терапии

Следующим шагом после того как будет установлено, что пациенту показана ПОТ, является **перспективное планирование психотерапии** осуществляемое в соответствии с принципами, приведенными в гл. 5. Следует особенно подчеркнуть, что в этом планировании принимает участие и пациент. Именно в начале психотерапии следует постоянно помнить об особом значении отношений, складывающихся между пациентом и психотерапевтом. Многие, особенно неопытные психотерапевты, стремятся сразу же приступать к анализу проблемы, не дожидаясь установления прочных и доверительных отношений с пациентом и до того, как пациенту будет предоставлена возможность изложить свою точку зрения на свою проблему. Цель дискуссии, проводимой в учебной группе, заключается в том, чтобы показать учащимся, что отношения между пациентом и психотерапевтом составляют основу психотерапевтической работы, играют в ее ходе важную роль.

В продолжение психотерапии задача группы и супервизора заключается в том, чтобы оказывая поддержку и в случае необходимости прибегая к конструктивной критике, "сопровождать" психотерапевтов в их работе.

Психотерапевту рекомендуется задавать себе следующие вопросы:

— В какой стадии процесса психотерапии находится пациент? В какой стадии находится психотерапевт? Находятся ли они оба в одной и той же стадии?

— На какой ступени психотерапии мы находимся?

— Достаточно ли предыдущие ступени психотерапии подготовили нас к прохождению ее теперешней ступени?

— Достаточно ли устойчивы отношения психотерапевт-пациент для дальнейшей проработки проблемы?

— В состоянии ли пациент изложить свой взгляд на проблему?

— Каков этот взгляд: *психологически* обоснован, четкий и исчерпывающий, или же рудиментный, фрагментарный, расплывчатый и неполный?

— Достаточно ли проанализирована проблема?

— Четко ли сформулирована проблема и установлены ли совместно с пациентом соответствующие цели?

— Какая существует взаимосвязь между теперешней психотерапевтической работой и сформулированной проблемой? Видит ли пациент эту взаимосвязь?

— Своевременно ли сообщил психотерапевт пациенту об ограниченности психотерапии определенными вопросами и временем?

— Отдают ли себе отчет пациент и психотерапевт в том, что до завершения психотерапии остается всего лишь несколько сессий?

— Является ли главной темой последних сессий предстоящее завершение психотерапии и расставание, или же как пациент, так и психотерапевт избегают затрагивать эту тему?

Когда ход психотерапевтического процесса нарушается, целесообразно бывает задать себе следующие вопросы:

— говорят ли пациент и психотерапевт одним и тем же языком?

— говорят ли оба об одной и то же проблеме?

— по-прежнему ли сформулированная проблема находится в центре работы?

— не следует ли вернуться на один из предшествующих этапов и, взглянув на проблему под иным углом зрения, сформулировать ее иначе?

— по-прежнему ли реальны поставленные цели? Адекватны ли они проблеме и жизненной ситуации пациента?

— проявляет ли пациент сопротивление и как в этих условиях осуществлять принятую концепцию?

— способствуют ли или мешают психотерапевтическому процессу перенос или контрперенос.

Последний вопрос в ходе ПО-терапии привлекает к себе особое внимание. Если пациент формирует свои отношения с психотерапевтом так, что они отражают его проблему, то психотерапевту следует указать ему на это обстоятельство. Переносу, не имеющему непосредственной связи со сформулированной проблемой, а выражающему регрессивную тенденцию или начинающийся "невроз переноса", следует противостоять с самого начала. Подобные явления обычно раньше осознаются группой наблюдателей, чем самим психотерапевтом. Психотерапевт может в таком случае обратиться за советом. Он может спросить, как ему в этих условиях вести себя в отношении пациента, чтобы не ухудшить психотерапевтические отношения, и как он может снова придать отношениям с пациентом рабочий характер. Особую проблему представляют помехи в работе, которые могут возникнуть в результате контрпереноса со стороны психотерапевта. Их следует своевременно распознать и обсуждать. Глубинные проблемы психотерапевта, которые могут мешать психотерапевтической работе, подлежат проработке, осуществляемой совместно с личным супервизором и вне рамок учебного процесса.

11.6. Реакция пациентов и учащихся на учебные сессии ПО-терапии

Остается еще рассмотреть как пациенты, благодаря которым становится возможной подготовка психотерапевтов, относятся к учебным сессиям ПО-терапии. Перед началом процесса психотерапии проводится специальная сессия, на которой подробно излагаются принципы ПО-терапии. Большинство пациентов, согласившихся принимать участие в учебном процессе, бывают удовлетворены своим участием в сессиях. Особенно им импонирует ориентированность ПО-терапии на проблемы пациентов и ее краткосрочность. Но лишь в редких случаях пациенты принимают предложения познакомиться с участниками группы наблюдателей. Представления многих пациентов о себе изменяются к лучшему, когда они осознают свою важную роль в подготовке будущих психотерапевтов.

И учащиеся большей частью дают весьма положительную оценку такой форме подготовки. Сессии ПО-терапии воспринимаются ими не как процедура контроля за ними, а скорее как поддержка. Опасения и страхи, испытываемые учащимися, выступающими в роли психотерапевтов, рассеиваются, что облегчает учебный процесс. Так психотерапевты приобретают способность работать более активно и целенаправленно. Учебному процессу

способствует оценка происходящего во время психотерапии, которая осуществляется непосредственно в его ходе

Приложение

ВОПРОСНИК ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ПО-ТЕРАПИИ

Использование этого вопросника позволяет понять, что произошло на **сегодняшней** психотерапевтической сессии. Здесь Вы найдете 25 утверждений, относящихся к содержанию психотерапевтического процесса. Пожалуйста, отметьте в вопроснике, относится ли данное утверждение к **сегодняшней** сессии психотерапии. Если Ваш ответ будет положительным, отметьте, насколько важным для Вас был данный момент в **сегодняшней** психотерапевтической сессии.

Пример Не имело места Имело место

Совсем незначительное Довольно незначительное Среднее Довольно важное Очень важное

Мы говорили о моей жизни в прошлом 0 1 2 3 4 5

1. Мы говорили о том, чего мы добились в психотерапии и какие дополнительные шаги необходимы 0 1 2 3 4 5
2. Я рассказал пациенту, как я вижу его проблему 0 1 2 3 4 5
3. Мы говорили о том, какие существуют подходы к решению его проблемы и как он может найти эти решение 0 1 2 3 4 5
4. Мы говорили об отношениях между пациентом и мной 0 1 2 3 4 5
5. Мы говорили о чувствах, испытываемых пациентом в связи с предстоящим завершением психотерапии 0 1 2 3 4 5
6. Я выразил свои чувства и мнения 0 1 2 3 4 5
7. Мы говорили о том влиянии, какое проблема пациента оказывает на его отношения с другими людьми 0 1 2 3 4 5
8. Я спросил пациента, как он хотел бы приступить к решению своей проблемы 0 1 2 3 4 5
9. Пациент почувствовал себя правильно понятым и почувствоал доверие ко мне 0 1 2 3 4 5
10. Мы предприняли по-пытку установить взаимосвязь между прежними переживаниями и теперешним поведением пациента 0 1 2 3 4 5
11. Мы говорили о том, как пациент справляется с ситуациями расставания 0 1 2 3 4 5
12. Наметились конкретные возможности решения проблемы пациента 0 1 2 3 4 5
13. Я рассказал пациенту о своих методах работы и о ходе психотерапии 0 1 2 3 4 5
14. Пациенту стало понятно, что не все его проблемы могут быть решены в ходе данного курса психотерапии 0 1 2 3 4 5
15. Мы говорили об ограниченности во времени данного курса психотерапии и о предстоящем его завершении 0 1 2 3 4 5
16. Пациенту стали очевидны взаимозависимости, которых он прежде не замечал 0 1 2 3 4 5
17. Пациент осознал, что до завершения курса психотерапии остается лишь несколько сессий 0 1 2 3 4 5
18. В нашем разговоре я постоянно возвращался к основной проблеме 0 1 2 3 4 5
19. Мы пытались определить, в чем заключается основная проблема пациента 0 1 2 3 4 5

20. Мы говорили о ситуациях, в которых возникает его проблема, и о тех последствиях, которые она вызывает 0 1 2 3 4 5

21. Мы говорили о том, как после завершения курса психотерапии пациент сможет самостоятельно работать над своей проблемой 0 1 2 3 4 5

22. Я предложил пациенту до нашей следующей сессии опробовать в реальных условиях то, о чем у нас с ним шла речь 0 1 2 3 4 5

23. Я предложил пациенту подумать и рассказать о том, как он видит происхождение своей проблемы 0 1 2 3 4 5

24. Мы говорили о конкретных целях данного курса психотерапии 0 1 2 3 4 5

25. У пациента сложилось впечатление, что данная психотерапия действительно соответствует его потребностям 0 1 2 3 4 5

На сегодняшней сессии я применил следующие приемы:

1 Дыхательные упражнения да нет

2 Выявление искажений в схемах мышления пациента да нет

3 Концентрация на проблеме да нет

4 Упражнения, направленные на осознание пациентом своего тела да нет

5 Активное воображение да нет

6 Предоставление пациенту важной для него информации да нет

7 Установление связи между теперешней проблемой и событиями прошлого да нет

8 Проработка отношений пациент-психотерапевт да нет

9 Выражение пациентом испытываемых им чувств словами (вербализация) да нет

10 Упражнения, направленные на повышение “социальной компетентности” пациента да нет

11 Упражнения на расслабление да нет

12 Упражнения на десенсибилизацию да нет

13 Обсуждение иррациональных мыслей и установок да нет

14 Создание атмосферы, облегчающей пациенту проявление эмоций да нет

15 Обсуждение домашних заданий да нет

16 Целенаправленное стимулирование активности пациента да нет

17 Ролевая игра да нет

18 Разговор с участием значимых для пациента людей да нет

19 Проработка сопротивления, оказываемого пациентом происходящим в нем изменениям
да нет

20 Прочие приемы да нет

БЕРНСКИЙ ВОПРОСНИК “СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ”

Фамилия: Дата:

Имя: Ситуация:

Год рождения: Оценку осуществил:

Деятельность (работа, хобби), дающая отвлечение

Н1 ОТВЛЕЧЕНИЕ

0 1 2 3 4

не имеет места мало средне сильно очень сильно

Собственные потребности уходят на задний план; приоритет отдается интересам других людей: “Я хочу быть здесь, со своей семьей так долго, как только это будет можно”.

Н2 АЛЬТРУИЗМ

0 1 2 3 4

Не проводятся необходимые медицинские мероприятия, например, посещение врача, прием лекарств, соблюдение диеты: “Я не хочу снова идти к врачу”.

Н3 АКТИВНОЕ ИЗБЕГАНИЕ

0 1 2 3 4

Осуществление желаний: покупка еды, алкоголь, транквилизаторы, занятия, дающие радость. Фантазии, мечты, грезы:

“Когда дела у меня идут плохо, я покупаю что-нибудь красивое, даже если не нуждаюсь в этом предмете”.

Н4 КОМПЕНСАЦИЯ

0 1 2 3 4

Делается что-нибудь конструктивное, в чем (возможно уже длительное время) существует потребность; это может быть, например, развитие творческих способностей, путешествие и т.д.:

“Наконец-то я почитаю, займусь музыкой”.

Н5 КОНСТРУКТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

0 1 2 3 4

Физические упражнения (йога, аутогенная тренировка и т.д.), требующие внутреннего сосредоточения, и, тем самым, отвлекающие от болезни или сопровождающих ее страхов и одновременно позволяющие расслабиться.

“Когда боль вызывает во мне напряжение, я больше занимаюсь аутогенной тренировкой”.

Н6 КОНЦЕНТРИРОВАННОЕ РАС-СЛАБЛЕНИЕ

0 1 2 3 4

Желание побыть в одиночестве, наедине с самим собой, чтобы зарядиться энергией, обдумать свою ситуацию, найти выход.

“Мне необходим покой, я должен побыть наедине с самим собой”.

Н7 САМОИЗОЛЯЦИЯ

0 1 2 3 4

Стремление к контакту с людьми, страдающими такой же или сходной болезнью.

“Я чувствую, что лучше всего меня понимают люди, страдающие такой же болезнью”.

Н8 СОЛИДАРНОСТЬ

0 1 2 3 4

Поиск информации, касающейся болезни и/или обращение за помощью (в том числе и к альтернативной медицине).

“От того, что я сейчас предприму, зависит многое”.

Н9 ПОИСК ВЫХОДА ИЗ СЛОЖИВШЕЙСЯ СИТУАЦИИ

0 1 2 3 4

Ценится возможность высказаться, быть выслушанным, получить поддержку.

“Всегда был кто-то, кто готов был меня выслушать/понять”.

Н10 ОБРАЩЕНИЕ ЗА ПОДДЕРЖКОЙ

0 1 2 3 4

Внимание переносится с болезни на что-либо другое.

“Сейчас это для меня важнее, чем болезнь”.

К1 ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ

0 1 2 3 4

Последствия болезни и ее лечения оцениваются более пессимистично, чем это можно было бы сделать, исходя из объективных данных.

“Я знаю, что моя болезнь не так уж опасна, но я буду предполагать самое плохое”.

К2 ВОСПРИЯТИЕ СИТУАЦИИ В ЧЕРНОМ СВЕТЕ

0 1 2 3 4

Болезнь воспринимается как нечто неизбежное, как судьба.

"Так уж получилось, я стараюсь с этим смириться".

К3 ПРИНЯТИЕ, СТОИЦИЗМ

0 1 2 3 4

Преуменьшение серьезности болезни:

"Не так уж все плохо, в сущности, мои дела идут хорошо".

К4 ИГНОРИРОВАНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

0 1 2 3 4

Сохранение самообладания, контроль за эмоциями как в общении с другими, так и наедине с самим собой:

"Я должен взять себя в руки, пусть никто ничего не заметит".

К5 СОХРАНЕНИЕ САМООБЛАДАНИЯ

0 1 2 3 4

Серьезность ситуации, вызванной болезнью, преуменьшается с помощью юмора или самоиронии:

"Особенно красивым этот шрам не назовешь. Впрочем, на участие в конкурсе красоты я уже не претендую".

К6 ЮМОР, ИРОНИЯ

0 1 2 3 4

Когнитивный анализ болезни и ее последствий:

"Я пытаюсь разобраться в том, что произошло".

К7 АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

0 1 2 3 4

Сравнение себя с другими людьми или сравнение своей теперешней ситуации с ситуациями, имевшими место в прошлом:

"У меня дела идут еще относительно хорошо, хуже тому, кому ампутировали ногу".

К8 ОТНОСИТЕЛЬНОСТЬ

0 1 2 3 4

Поддержка в религии; на все Божья воля:

"Настал и мой черед, но Бог помогает мне".

К9 РЕЛИГИОЗНОСТЬ

0 1 2 3 4

Мысли непрерывно заняты болезнью:

"Что со мной будет". "Мне не выкарабкаться из болезни".

К10 МЫСЛИТЕЛЬНАЯ ЖВАЧКА

0 1 2 3 4

Болезни придается определенный смысл: она рассматривается как определенная миссия, как шанс увидеть новые возможности, изменить жизненные установки, ценности:

"Благодаря болезни я открыл свое подлинное "Я".

К11 ОСМЫСЛЕНИЕ

0 1 2 3 4

Осознание собственной ценности, воссоздание в памяти прошлых успехов, положитель-
ная оценка своего поведения:

"Мне уже удалось добиться многого, по правде сказать, я держусь весьма мужественно".

К12 ПОВЫШЕНИЕ САМООЦЕНКИ

0 1 2 3 4

Протест против болезни и ее последствий, жалость к себе. Человек ропщет на

судьбу, жалуется на ситуацию, в которой оказался:

"Почему именно я?"

E1 ВОЗМУЩЕНИЕ, ЖАЛОСТЬ К СЕБЕ

Приносящее облегчение выражение чувств, вызванных болезнью: печали, страха, злости, отчаяния, уныния, но, возможно, также и мужества, любви, надежды:

"Я чувствую себя так плохо, слезы хоть немного помогают".

E2 ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РАЗРЯДКА

0 1 2 3 4

Н е допускаются чувства, адекватные ситуации:

"Меня это вообще не обеспокоило".

E3 ИЗОЛЯЦИЯ, ПОДАВЛЕНИЕ

0 1 2 3 4

Уверенность в том, что теперешний кризис может быть преодолен:

"Я верю в то, что все снова будет хорошо. Так оно и будет".

E4 ОПТИМИЗМ

0 1 2 3 4

Доверие к людям, помогающим в преодолении кризиса:

"Они знают, что делают".

E5 ПАССИВНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

0 1 2 3 4

Потеря всякой надежды, отказ от попыток исправить ситуацию:

"Думаю, что все бесполезно".

E6 БЕЗРОПОТНОЕ СМИРЕНИЕ, ФАТАЛИЗМ

0 1 2 3 4

Вина за болезнь возлагается на себя, поиск допущенных ошибок:

"Ничего лучшего я не заслуживаю".

E7 САМООБВИНЕНИЯ

0 1 2 3 4

Агрессия направляется на других; раздражение, злость, ярость:

"Ох, и зол же я на этого доктора".

E8 ПОИСК ВИНОВНЫХ, ЯРОСТЬ

0 1 2 3 4

Условные обозначения форм преодоления кризиса, связанных:

Н — с поведением,

К —с когнитивными схемами,

Е — с эмоциями.

СОДЕРЖАНИЕ

http://koob.ru

Адреас Блазер, Эдгар Хайм
Христоф Рингер, Мартин Томмен

ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
Интегративный подход

Перевод с немецкого
Л.С. Каганова

Научный редактор
Е.Л.Михайлова
Редактор
Н.А. Ермолаева
Ответственный за выпуск
И.В.Тепикина
Компьютерная верстка
С.М.Пчелинцев
Директор издательского проекта
М.Г. Бурняшев

Изд.лиц. № 061747 от 02.11.1992 г.

Формат 60 х 88/16. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Усл.печ.л.... Уч.-изд.л. 13,5.

ISBN 5-86375-089-8 (РФ)
ISBN 3-456-82143-3 (Germany)

М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. —

103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.

www.igisp.ru   E-mail: igisp@igisp.ru

www.kroll.igisp.ru
Купи книгу “У КРОЛЯ”